

L'HYMEN

DANS LES

EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

MULLER Henri-Eugène

Préparateur de Médecine légale à la Faculté de Nancy
Décoré de la Croix de Guerre

Né le 19 Décembre 1898, à Carignan (Ardennes)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. PARISOT Pierre, professeur...	<i>Président.</i>
		LUCIEN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		MUTEL, agrégé.....	
		WATRIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE GRANDVILLE, 10, RUE DE MALZÉVILLE

1924

L'HYMEN
DANS LES
EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1924



POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine
PAR

MULLER Henri-Eugène

Préparateur de Médecine légale à la Faculté de Nancy
Décoré de la Croix de Guerre

Né le 19 Décembre 1898, à Carignan (Ardennes)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. PARISOT Pierre, professeur...	<i>Président.</i>
		LUCIEN, professeur	<i>Juges.</i>
		MUTEL, agrégé.....	
		WATRIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE GRANDVILLE, 10, RUE DE MALZÉVILLE

1924

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen : M. L. SPILLMANN, *, I O.

Assesseur : M. E. SIMON, *, I O.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O ; PRENANT, *, I O ; F. GROSS, O *, I O.
HERRGOTT, O *, I O ; WEISS, O *, I O.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I O.
Hygiène.....	E. MACÉ, *, I O.
Clinique médicale.....	E. SIMON, *, I O.
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, *, I O.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O *, I O.
Clinique des maladies des enfants.....	P. HAUSHALTER, *, I O.
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, *, I O.
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, *, I O.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, *, I O.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FROELICH, *, I O.
Physiologie.....	M. LAMBERT, *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUINSHOLZ, *, I O.
Histologie.....	R. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, *, I O.
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, *, I O.
Pathologie interne et clinique médicale propé- deutique.....	L. RICHON, *, I O.
Physique.....	DUFOUR, *, I O.
Chimie médicale.....	H. ROBERT, I O.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Accouchements (cours théorique).....	S. REMY, I O, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, *, I O, agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, *, I O, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O *, I O, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.	J. PARISOT, O *, I O, agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I O, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	A. BINET, I O, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses.....	L. CAUSSADE, A O, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A O, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I O.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, *, I O, agrégé.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I O, agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	LAMY, I O, agrégé.
Education physique.....	P. MATHIEU.

Agrégés en exercice

MM. M. PERRIN, *, I O.	MM. P. JEANDELIZE, A O.	MM. MUTEL, *, A O.
G. THIRY, *, I O.	L. CAUSSADE, A O.	WATRIN, *, I O.
J. PARISOT, O *, I O.	M. BARTHÉLEMY, *,	HAMANT, I O.
P. MATHIEU, A O.	I O.	CORNIL, I O.
L. JOB, *, I O.	LAMY, I O.	DE LAVERGNE, I O.

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O *, O ; G. GROSS, *, I O ; S. REMY, I O ;
BUSQUET, I O ; BINET, I O ; FAIRISE, A O.

M. A. PACAUD, I O, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, (M), I O, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance.

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE PARISOT

Professeur de Médecine légale
Médecin-Chef de l'Hospice Saint-Julien
Officier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR LUCIEN

Professeur d'Anatomie
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WATRIN

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

En ce jour qui va consacrer par le titre envié de Docteur le fruit de plusieurs années d'études, il nous sera permis d'exprimer notre profonde reconnaissance envers nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital.

Et tout d'abord, que M. le Professeur Pierre PARISOT nous permette de le remercier spécialement pour sa grande bienveillance. Depuis un an déjà, nous avons l'honneur d'être son préparateur, les jours ont passé rapides et agréables. Son enseignement clair et précis, sa grande expérience des expertises médico-légales dont il veut bien nous faire profiter chaque jour, font de lui un Maître qu'on aime à seconder le mieux possible. C'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse pour laquelle il ne nous a pas ménagé les conseils, guidant notre ferveur de néophyte dans nos premiers essais de médecine légale.

Aujourd'hui où il nous a fait l'honneur de présider notre thèse, nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre reconnaissance émue.

M. le Professeur ÉTIENNE nous a accueilli dans son service comme externe pendant six mois qui ont passé bien vite. C'est lui surtout qui nous a inspiré l'amour de la

Médecine par son clair enseignement au lit du malade. De plus, en soignant une personne qui nous est chère, il s'est acquis pour sa grande bonté nos bien vifs sentiments de gratitude et de reconnaissance.

M. le Professeur LUCIEN nous a fait le meilleur accueil dans son laboratoire ; nous lui devons nos premières notions d'anatomie. Il nous a fourni pour notre thèse des éléments précieux ; nous sommes heureux de pouvoir lui en témoigner ici notre reconnaissance.

Nous avons conservé de notre stage d'externat chez M. le Professeur FROELICH, le meilleur souvenir. Nous le prions de croire à notre admiration pour son précieux enseignement et à notre reconnaissance.

Durant notre service d'externe chez M. le Professeur SPILLMANN, Doyen de la Faculté, nous avons pu y acquérir de précieuses notions théoriques et pratiques, grâce à ses lumineuses démonstrations. Nous nous faisons un devoir et un plaisir de lui en exprimer notre vive gratitude.

M. le Professeur FRUHNSHOLZ, pendant notre externat à la Maternité, nous a toujours accueilli avec bienveillance. Nous n'oublierons pas ses leçons cliniques si claires et si attachantes. Pendant une assez grave maladie, il a bien voulu nous marquer le plus grand intérêt ; qu'il nous permette de lui renouveler notre bien vive gratitude.

Que M. le Professeur LALANNE veuille bien recevoir ici nos vifs remerciements pour son enseignement de la psychiatrie et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Nous n'aurions garde d'oublier les conseils que M. le Docteur MORIN n'a cessé de nous donner dans notre service de laboratoire. Nous le prions de vouloir bien accepter nos vifs remerciements.

Nous prions tous nos camarades d'études de croire à notre bonne amitié.

INTRODUCTION

La question de l'hymen a été étudiée de tous temps par les médecins légistes, sans qu'ils soient jamais arrivés à des conclusions définitives. La raison en est due à la très grande variabilité de la membrane d'un sujet à l'autre et aux difficultés de l'examen.

Préparateur dans le service de M. le Professeur Pierre PARISOT, nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs expertises pour attentats aux mœurs. Voyant l'intérêt que nous portions à cette tâche délicate du médecin-expert, notre Maître nous proposa comme sujet de thèse une mise au point de la question. Sur ces entrefaites, survint le Congrès de Médecine légale de 1924, où MM. les Professeurs Pierre PARISOT et LUCIEN firent sur les formes rares et anormales de l'hymen une communication très documentée qui nous a aidé dans notre travail.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir trouvé une solution définitive à cette question si complexe de l'hymen. Nous nous sommes efforcé surtout d'y apporter un peu de lumière et nous nous croirons suffisamment récompensé de notre travail s'il sert à faciliter la tâche de l'expert.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Importance de l'Etude de l'hymen en médecine légale

La connaissance des formes de l'hymen, de ses différentes variétés morphologiques, de ses anomalies, des modifications que subit cette membrane aux diverses phases de la vie génitale de la femme (défloration et accouchement surtout), est indispensable au médecin légiste.

La procédure criminelle lui demandera en effet, en cas d'attentat aux mœurs, s'il y a lieu de retenir l'accusation de viol ou seulement d'attentat à la pudeur. C'est que le Code pénal ne prévoit pas les mêmes peines pour ces deux crimes ; l'article 331 dit en substance : « l'attentat à la pudeur sera puni de la réclusion », et l'article 332 : « le viol sera puni des travaux forcés à temps ». La tâche de l'expert serait facile si le législateur avait donné en même temps des définitions des mots viol et attentat à la pudeur, il s'en est bien gardé, prévoyant sans doute les difficultés de la tâche. L'expert ne pourra évidemment poser des conclusions que s'il a adopté des définitions nettes. Mais ce n'est pas encore suffisant, par une

connaissance approfondie de la question, il devra savoir interpréter l'aspect de la membrane; partant de cet examen, il pourra seulement alors, par une critique judicieuse, se faire une opinion qu'il soumettra à la Justice. C'est avec une extrême prudence qu'il posera ses conclusions, car dans cet examen les causes d'erreur sont nombreuses; il ne se laissera toutefois influencer par aucune déposition, par aucun certificat, même médical.

Dans les affaires d'avortement, la Justice demande souvent à l'expert de vérifier la réalité de l'accusation. Si l'interrogatoire bien conduit donne de précieuses indications, l'examen des parties génitales de l'accusée est au moins aussi important. Nous n'avons pas à énumérer les divers signes de l'accouchement ancien et, si nous en faisons mention ici, c'est pour rappeler que l'examen de l'hymen peut donner des indications intéressantes. S'il s'agit, en effet, d'une primipare accusée d'avoir fait disparaître une grossesse avancée, la présence d'un hymen réduit à des caroncules myrtiliformes sera une indication précieuse qui, se joignant aux autres signes caractéristiques, fera admettre à l'expert la possibilité de l'avortement. La constatation d'un hymen moyennement déchiré ne suffira pas pour rejeter cette possibilité: nous verrons plus loin qu'il est des hymens dilatables très distensibles qui, après un accouchement, ne présentent pas de lésions plus accentuées qu'après une défloration.

Si, en Justice civile, l'expert est commis moins souvent pour l'examen des parties génitales d'une femme et de l'hymen en particulier, du moins l'occasion peut-elle s'en présenter. L'article 231 du Code civil établit

que les époux peuvent réciproquement demander le divorce, pour excès, sévices ou injures graves. Nous voulons montrer par quelques exemples quel rapport cette procédure peut présenter avec l'étude médico-légale de l'hymen :

Un homme épouse une jeune fille qu'il abandonne le jour même du mariage, c'est là une injure grave; l'épouse délaissée demande le divorce alléguant qu'elle est toujours vierge et l'expert est commis pour vérifier cette assertion.

Une jeune femme n'a pas trouvé dans le mariage la réalisation des chimères qu'elle s'était forgées, elle accepte trop facilement les conseils d'amis ou de parents intéressés à la rupture et demande le divorce en alléguant l'impuissance ou le mépris du mari qui aurait respecté sa virginité. L'expert est commis et fait souvent tomber la fable si minutieusement échafaudée. Trouve-t-il au contraire un hymen intact, il doit être circonspect et réserver ses conclusions pour ne pas se voir infliger le démenti d'une grossesse en évolution, il doit déclarer nécessaires des examens successifs, à des dates éloignées, pour laisser à une grossesse possible le temps de se manifester.

L'époux peut alléguer comme injure grave le fait que sa femme avait déjà perdu sa virginité au moment du mariage, un expert est commis qui trouve un hymen déchiré avec les caractères d'une défloration ancienne, et le mari obtient le divorce. Mais il peut se trouver en présence d'un hymen lâche et intact : cette intégrité de la membrane n'est pas suffisante pour garantir la virginité de la femme, mais c'est un devoir pour l'expert de

révéler la constitution particulière qui a permis au mari un premier rapport facile sans hémorragie. Tel est un cas rapporté par Budix, il cherche à consoler le mari en lui expliquant combien peu fondés pouvaient être ses soupçons; rien n'y fit, le mari divorça.

L'union contractée par le mariage est, au point de vue religieux, indissoluble; mais il arrive fréquemment qu'à la suite du divorce certaines personnes, voulant contracter une nouvelle union, demandent à l'Eglise l'annulation du mariage. Pour qu'un second mariage soit béni, il faut que le premier soit annulé, soit par la mort d'un des deux conjoints, soit par suite d'une décision d'un tribunal religieux, le *tribunal de l'officialité*. Ce tribunal commet un expert qui, après avoir prêté serment sur l'Evangile, procède à l'examen respectif des deux époux, rédige un rapport qui est soumis au tribunal de l'officialité. Le dossier complet est envoyé à Rome où une commission, après examen des pièces, déclare le mariage *consummatum* ou *non consummatum*, en se basant sans doute pour cela sur l'état des parties génitales de la femme.

Nous pensons qu'il est inutile, avec de tels exemples, d'insister plus longuement sur l'intérêt que présente l'étude de l'hymen, aussi bien pour le médecin expert que pour le médecin praticien. Malheureusement, l'examen de l'hymen et les conséquences qui en découlent sont soumis à de nombreuses causes d'erreur, nous nous sommes attaché dans ce travail à les faire ressortir et indiquer les moyens permettant de les éviter autant que possible.

CHAPITRE II

Notions embryologiques

Les nombreux auteurs qui ont étudié la question du développement de l'hymen sont loin d'être d'accord. On peut en somme ramener à trois les théories soutenues jusqu'ici, nous ne ferons que les rappeler brièvement.

La théorie la plus habituellement admise et qu'en particulier BUDIN avait adoptée, considère l'hymen comme provenant de la saillie déterminée dans le sinus uro-génital par l'abouchement des canaux de WOLFF et de MÜLLER ou tubercule de MÜLLER. Le développement ultérieur du vagin, refoulant excentriquement cette saillie, donnerait lieu à la formation de l'hymen. Ceci revient à considérer à l'hymen une origine Müllérienne ou à la fois Müllérienne et Wolffienne suivant que l'on admet ou non la participation des canaux de MÜLLER ou de WOLFF à l'édification de l'extrémité inférieure du vagin.

RATKE et LILIENFELD font provenir l'hymen de deux replis membraniformes, émanés des parois latérales du sinus uro-génital et qui se rejoignent ultérieurement

en avant et en arrière de l'orifice du canal vaginal. Alors que la précédente théorie fait dériver l'hymen directement du vagin Müllérien, celle-ci lui attribue une origine vestibulaire. C'était aussi là l'opinion de Pozzi et RETTERER qui l'ont développée de manières très différentes.

D'autres enfin, parmi lesquels FÉLIX et BÜHLER, se sont rattachés à une théorie mixte : l'hymen se développerait aux dépens d'un repli annulaire entourant l'extrémité inférieure des canaux de MÜLLER, l'axe de ce repli est constitué par du tissu conjonctif, sa face supérieure est tapissée par l'épithélium vaginal, sa face inférieure par l'épithélium du sinus uro-génital.

Dans leur rapport au Congrès de Médecine légale de 1924, MM. les Professeurs Pierre PARISOT et LUCIEN ont insisté sur le fait qu'il ne faut pas considérer l'hymen comme une dépendance propre des voies génitales de la femme, mais que le méat urinaire et la papille uréthrale prennent à sa formation une part importante. Pozzi l'avait entrevu le premier, puisqu'il avait décrit sous le nom d'appareil hyménal un ensemble de formations génitales et urinaires : l'hymen, le bourrelet du méat, la bride masculine du vestibule, sorte de trait d'union entre le bourrelet du méat et la base du gland clitoridien.

Nous ne ferons que rapporter ici la théorie émise par les Professeurs P. PARISOT et LUCIEN, et à laquelle nous nous rallions complètement :

Chez le fœtus féminin de 15 à 20 centimètres, la première ébauche de l'hymen apparaît sous forme de deux saillies latérales du sinus uro-génital, se développant

de part et d'autre du méat urinaire en avant, du point d'abouchement des canaux de WOLFF et de MÜLLER, en arrière. Ces deux saillies latérales se rejoignent en haut et en bas sous forme d'une crête saillante qui, en avant, se bifurque en deux crêtes secondaires se perdant de chaque côté du gland clitoridien et, en arrière, se prolonge jusqu'au fond du sinus uro-génital. A ce moment, on peut considérer à l'hymen une portion uréthrale en rapport avec le méat urinaire, une portion vaginale ou hymen proprement dit, en arrière de la première. La portion vaginale est alors la plus développée, mais, par suite de l'accroissement progressif du vagin, l'hymen vaginal devient de beaucoup le plus important : chez l'adulte, l'hymen uréthral n'est plus représenté que par la saillie plus ou moins marquée entourant le méat urinaire et désignée sous le nom de papille uréthrale.

L'appareil hyménal est essentiellement une formation conjonctive qui, au cours de son développement, repousse devant elle en s'en coiffant les revêtements épithéliaux qui la recouvrent : l'hymen uréthral sera tapissé en dehors par l'épithélium vestibulaire, en dedans par l'épithélium de l'urèthre, l'hymen vaginal sera recouvert par l'épithélium tapissant le sinus uro-génital. En somme, l'hymen proprement dit, l'hymen vaginal, ne représente qu'une partie d'un dispositif complexe annexé plus particulièrement au canal de l'urèthre et ceci rend vraisemblable l'opinion de nombreux anatomistes, que l'hymen représenterait une partie du corps spongieux de l'urèthre masculin.

En résumé, aux premiers stades du développement, l'hymen se compose de deux lèvres séparées par une

fente antéro-postérieure, limitée en avant et en arrière par une commissure : la forme labiée serait donc la forme initiale de la membrane ; c'est aussi l'opinion de DALLA-VOLTA.

Dans la suite de l'évolution des parties génitales de la femme, le vagin prend une importance considérable, se développant dans tous les sens, mais surtout vers le rectum, donnant lieu à une sorte d'ampoule vaginale débordant la membrane en arrière ; la commissure postérieure de l'hymen s'en trouve augmentée d'autant, ce qui donne à la membrane la forme dite en carène, fréquente chez le fœtus : les lèvres hyménales vont en s'élargissant vers la commissure postérieure à laquelle leur réunion donne une ampleur considérable, l'orifice hyménal est encore une fente antéro-postérieure. On peut en somme comparer l'hymen à un entonnoir aplati transversalement, dont l'orifice inférieur est plus rétréci que l'orifice supérieur, répondant à la zone d'insertion au vagin.

Nous avons admis jusqu'ici que les lèvres de l'hymen se développent avec une régularité parfaite, mais il n'en est pas toujours ainsi. Les bourrelets hyménaux étant en somme une formation conjonctive-vasculaire, ils présentent fréquemment des zones d'accroissement inégal qui se traduisent par la formation au niveau des lèvres de bourgeons séparés par des sillons plus ou moins profonds, le plus souvent disposés de façon irrégulière. Ces incisures congénitales se rencontrent fréquemment sur les hymens des fœtus et des nouveau-nés, elles persistent apparemment toute la vie et nous verrons quelle importance revêt leur étude quand il

faut en faire le diagnostic différentiel avec les encoches traumatiques.

Aux premiers stades du développement, l'hymen est une membrane assez richement vascularisée ; par la suite, le nombre et le calibre de ces vaisseaux se réduit dans de fortes proportions. Pour certains hymens charnus, cette régression est moins accusée, parfois même elle n'a pas eu lieu, ce qui explique que leur rupture au moment de la défloration puisse donner naissance à des hémorragies impressionnantes. Par contre, dans les hymens très amincis (hymens en pelure d'oignon), la régression du système vasculaire est à peu près complète et la rupture, dans cette variété, ne saurait entraîner de pertes sanguines.

CHAPITRE III

L'hymen considéré à un point de vue purement anatomique

Sous ce titre, nous avons voulu mettre en relief les particularités morphologiques de la membrane dans leur rapport avec le développement, essayer d'en faire les bases d'une classification anatomique pure. Nous verrons plus loin que les médecins légistes sont rarement d'accord sur la façon de grouper les hymens. C'est qu'ils sont dans des conditions très peu favorables pour étudier la membrane ; chaque expert, pour ainsi dire, a une technique d'examen différente, comment alors comparer les résultats obtenus ? L'anatomiste, au contraire, se trouve dans des conditions plus propices et certains artifices lui permettent une étude plus rationnelle : nous voulons parler de la fixation des pièces (par congélation, par fixateurs et durcissants à compositions chimiques diverses) et des coupes.

Ce sont les coupes transversales qui sont, au point de vue de l'hymen, les plus intéressantes : elles nous mon-

trent, bordant de chaque côté le canal vulvo-vaginal et de haut en bas, trois replis ou lèvres représentant la surface de section de l'hymen, des petites lèvres, des grandes lèvres. Les lèvres hyménales répondent en hauteur au bulbe vulvaire. Et ceci est en rapport avec ce que nous savons de l'embryologie de la membrane, l'hymen étant réalisé par le développement de deux bourgeons latéraux émanés des parois latérales du sinus urogénital. Fait en apparence paradoxal, l'hymen est donc toujours un hymen labié, puisqu'en coupe transversale il se présente toujours sous l'aspect de deux lèvres. Mais ce n'est que rarement un hymen labié pur : il faudrait pour cela que les deux lèvres restent indépendantes l'une de l'autre.

Le plus souvent ces deux lèvres sont réunies à leurs extrémités par une commissure. Si la commissure siège vers la fourchette, on a l'hymen labié à commissure postérieure (correspondant à l'hymen en carène). Siège-t-elle en avant, on a l'hymen à commissure antérieure, très rare d'ailleurs. Y a-t-il une commissure en avant et en arrière, l'hymen annulaire est réalisé. Enfin les deux lèvres peuvent opérer sur la ligne médiane une soudure complète, ne se traduisant que par un raphé médian de la membrane. Il convient à ce propos de distinguer cette anomalie de celle, au moins aussi rare, qui consiste en l'obturation du canal vulvo-vaginal par suite de l'imperforation du vagin. Alors que la première résulte d'un excès de développement, celle-ci est le fait d'un défaut de développement.

Tout ce qui précède montre qu'anatomistes et médecins experts ne peuvent guère être d'accord. Ne dispo-

sant pas des mêmes moyens d'étude, ils ne poursuivent pas le même but, les uns étudient dans l'hymen la constitution des bords, les autres l'aspect de la membrane et surtout la forme de l'orifice qu'elle limite. Anatomistes et experts ne causent pas la même langue : les premiers disent hymen labié, voulant dire hymen à deux lèvres, les autres, par analogie avec la bouche, simplement membrane rappelant la forme des lèvres, avec orifice allongé en forme de fente.

Il nous reste à signaler une particularité intéressante, surtout au point de vue morphologique : alors que les petites lèvres voient décroître leur ampleur de haut en bas, au contraire, les lèvres hyménales sont d'autant plus amples qu'on les étudie plus près de la fourchette.

CHAPITRE IV

La membrane hymen existe-t-elle d'une manière constante ?

L'existence de l'hymen, tour à tour admise par les uns, rejetée par les autres, a été particulièrement niée, comme nous allons le voir, par divers anatomistes et observateurs.

Il semble que les Anciens n'aient pas mis en doute l'existence de cette membrane et qu'ils aient fait de son intégrité le signe certain de la virginité. L'Écriture admet que la perte de la virginité entraîne une perte de sang qui ne peut être que la conséquence de lésions matérielles lors du premier rapport sexuel. C'était là aussi l'opinion des Grecs et des Romains. Ce n'est qu'au cours des ^{xvi}e, ^{xvii}e, ^{xviii}e siècles qu'on voit des savants, des anatomistes mettre en doute cette constance de l'hymen ; certains même la nient complètement.

Pour Ambroise PARÉ (1510-1590), l'hymen serait une membrane formant une cloison étanche au-devant du vagin, membrane résistante empêchant la copulation, et il ajoute : « bien rarement on la trouve ». Il a donc

méconnu les formes les plus fréquentes de l'hymen et sous ce nom il n'a retenu que la forme de beaucoup la plus rare.

En 1690, DIONIS dit, dans son *Anatomie de l'homme* : « quelques anatomistes prétendent qu'il y a une membrane qui s'appelle hymen, située dans le vagin, proche les caroncules, je ne l'ai point encore vue. » Mais qu'appelle-t il caroncules ? « Ce sont quatre petites éminences charnues qui entourent la petite fente, la plus grande au-dessous du conduit de l'urine, les deux moyennes aux parties latérales, et la plus petite est placée postérieurement à l'opposite de la première ; chez les vierges, ces caroncules sont fermées et relevées, jointes par leurs parties latérales, par le moyen de quelques petites membranes, mais aux femmes elles sont séparées les unes des autres. » DIONIS nie donc l'hymen, mais en donne pourtant, sans s'en douter, une description assez exacte. Il semble que cette description de quatre caroncules lui ait été suggérée par l'aspect que présente assez souvent l'hymen après la défloration, comme le fait remarquer JAYLE dans sa *Gynécologie*.

BUFFON, en 1749, considère l'hymen comme une chimère et il dit : « L'anatomie laisse une incertitude entière sur l'existence de cette membrane de l'hymen et de ces caroncules, elle nous permet de rejeter ces signes de la virginité, non seulement comme incertains, mais même comme imaginaires. »

Par contre, et vers la même époque, d'autres anatomistes, tels VÉSALE, FALLOPE, RIOLAN, MORGAGNI, HALLER, assurent avoir rencontré cette membrane chez toutes les jeunes filles qu'ils ont eu l'occasion d'examiner.

MORGAGNI, en 1719, et HALLER, en 1767, admettent aussi les caroncules myrtiformes, mais sans leur reconnaître un rapport quelconque avec l'hymen, ils les considèrent, les unes comme les extrémités antérieures des colonnes du vagin, les autres comme les orifices des glandes vulvaires.

Plus près de nous, la membrane hymen n'est plus niée par personne. Comme le dit LEGLUDIC, les observations de CAPURON, HUSCHKE, RICHET, ne sont pas suffisantes pour qu'on puisse nier la constance de la membrane. Les cas d'absence de la membrane rapportés par TOULMOUCHE et GARIMOND ne peuvent être sûrement considérés comme tels. Il est probable qu'il s'agissait en la circonstance d'hymens très minces détruits par un traumatisme peu intense, hymens en pelure d'oignon, par exemple, dont le professeur Pierre PARISOT a publié une observation : « L'hymen est intact, de forme semi-lunaire, il est d'une minceur tout à fait exceptionnelle, transparent même, car j'introduis avec beaucoup de précautions le bec d'une sonde de femme dans son orifice et j'aperçois très nettement par transparence, à travers la membrane, l'extrémité de l'instrument. C'est un de ces cas où, après déchirure, les lambeaux, par le fait même de leur minceur ou de leur transparence, échappent à un examen tardif ou un peu superficiel, et ainsi s'accrédite l'opinion que l'hymen peut faire totalement défaut » (1).

Cette cause d'erreur mise à part, JAYLE en fait remarquer une autre ; d'après lui, l'hymen peut manquer en totalité ou en partie par suite d'un manque de dévelop-

(1) Pierre PARISOT. - *Etudes de Médecine légale*, 1904, page 48.

pement de la région vestibulaire ; il publie une planche représentant la vulve d'une femme adulte, l'entrée du vagin a un aspect infundibuliforme et l'hymen manque complètement. Dans des cas semblables, on peut parler réellement d'absence totale de l'hymen. Ce n'est plus ainsi qu'il faut désigner ces cas observés par le même auteur à la suite d'une déchéance pathologique de l'ovaire (sclérose ovarienne), ou de l'ablation chirurgicale de cet organe (castration ovarienne). JAYLE admet que l'ovaire est le centre trophique de l'appareil de la femme et de l'hymen en particulier, une déficience ovarienne expliquerait alors certaines déformations hyménales allant depuis la diminution de hauteur de la membrane jusqu'à la disparition complète. Ce n'est plus là une absence de l'hymen par manque de développement, mais bien une atrophie secondaire. Le résultat est le même pour l'expert qui, découvrant la vulve d'une femme, cherche vainement l'hymen pour établir la réalité d'une défloration.

JAYLE admet encore que l'hymen peut être altéré dans sa forme par des lésions utérines, mais d'une manière indirecte : les sécrétions corrodantes de la métrite chronique, s'accumulant dans la fosse naviculaire, feraient disparaître peu à peu la portion de l'hymen voisine de la commissure postérieure.

Quoi qu'il en soit, ces cas étant très rares, nous nous rallions, comme le professeur P. PARISOT, à l'opinion de VIBERT : « Il est certain que, sauf peut-être dans des cas extrêmement rares, on peut toujours trouver l'hymen ou du moins ses vestiges » (1).

(1) VIBERT. — *Précis de Médecine légale*, 1903, page 351.

CHAPITRE V

Mode d'examen de l'hymen

L'expert doit éviter de méconnaître un hymen peu visible par sa surface restreinte ou encore des débris hyménaux qu'une mauvaise position donnée à la femme laissera dissimulés au fond de plis à l'entrée du vagin. Il devra procéder avec méthode, aussi avons-nous cru bon de rappeler les règles que nous avons suivies en vue de l'examen de l'hymen. Leur observation stricte nous permettra d'éviter autant que possible ces causes d'erreur.

En règle générale, ne pas faire d'examen en l'absence de témoins ; ce seront de préférence, s'il s'agit d'une jeune fillette, le père ou la mère de l'enfant. Le médecin se mettra ainsi à l'abri de graves ennuis ; il n'aura pas à craindre les mensonges débités par une enfant vicieuse ou une jeune fille névropathe. On cite, en effet, des exemples de médecins qui ont vu leur carrière brisée pour ne pas avoir observé ces précautions élémentaires. La présence des parents sera utile aussi s'il faut examiner une enfant peureuse ou têtue ; mieux que personne, ils sauront

la convaincre de l'innocuité de l'examen, la contraindre au calme. Si la petite fille est indocile, si elle résiste énergiquement et refuse de se laisser examiner, mieux vaut remettre à une autre fois l'examen, et BROUARDEL dit très justement : « Évitez l'écueil qui consisterait à dire que vous avez vu la membrane hymen alors que vous n'avez fait que l'apercevoir (1) ». On ne pratiquera pas non plus l'examen au cours d'une période menstruelle.

L'expert aura à sa disposition des compresses pour essuyer la vulve, des baguettes de verre à bout arrondi stérilisées, de la vaseline, deux spéculums (petit et grand modèles), une loupe.

La table d'examen placée devant la fenêtre et bien orientée vers la lumière, on demande à la femme d'y monter, on lui place les talons dans les étriers affectés à cet usage, puis on la découvre. Les cuisses sont écartées au maximum, les jambes étant fléchies sur elles, un aide maintient dans cette position les genoux de la femme. Attirer à soi le plus possible vers le bord de la table le siège de la femme qu'on engage ensuite à rester tranquille, le dos et la tête reposant bien à plat. Il ne reste plus qu'à pratiquer l'examen, pour cela, l'expert s'assied sur un tabouret bas, les yeux à hauteur de la vulve de la femme.

Chez les enfants jeunes et grasses, l'hymen est profondément situé dans le canal vulvo-vaginal ; dans la suite,

(1) BROUARDEL. — *Les attentats aux mœurs*, 1909, page 75.

il se rapproche de l'entrée du vagin, de sorte que chez la femme adulte, il se place immédiatement derrière les petites lèvres. Souvent alors, dans la position donnée à la femme, la vulve apparaît entrebâillée et, sans autres manœuvres, surtout chez les filles adultes, on peut apercevoir l'hymen. Mais chez les petites filles, il reste le plus souvent caché: un aide écartant alors latéralement les petites lèvres sans brusquerie ni trop de force, l'hymen est mis à jour. Dans une intéressante communication faite au Congrès de Médecine légale de 1924, M. E. MARTIN recommande, pour bien mettre l'hymen en évidence, la traction sur les petites lèvres: il saisit les nymphes entre les doigts de chaque main, exerçant sur elles une traction en dehors et en avant. Une telle manœuvre est douloureuse et nous paraît devoir être difficilement admise par la patiente, surtout s'il s'agit d'une enfant qui criera, se débattrait et ne permettrait pas de poursuivre l'examen dans de bonnes conditions. Cette technique peut avoir l'inconvénient plus grave de déformer la membrane, pouvant en imposer à l'expert pour une forme annulaire alors qu'il s'agit d'une forme labiée. Le but que doit poursuivre l'expert peut se résumer ainsi: déplier, étaler, mais ne pas déformer. La technique que nous employons nous semble respecter ces indications; l'expert plaçant le pouce et l'index de la main gauche au niveau de la base des petites lèvres les écarte en dehors par une pression modérée, en même temps il déprime au moyen de un ou plusieurs doigts de la main droite la commissure postérieure de la membrane; la force est ainsi également répartie sur tout le pourtour de la membrane et ne risque pas de la défor-

mer artificiellement. Si l'hymen n'est pas nettement visible, VIBERT recommande de déplacer brusquement le siège de l'enfant, de la faire tousser; la technique que nous venons de décrire rend inutiles ces artifices.

L'hymen ainsi découvert, il reste à étudier sa forme, son épaisseur, la largeur de l'orifice et surtout les particularités des bords. Pour ce faire, JAYLE recommande d'introduire l'index gauche dans l'orifice, de le courber en crochet et d'attirer ainsi la membrane vers soi et en bas; la tension ainsi obtenue permet de noter les irrégularités des bords. Cette manœuvre cache à la vue la partie postérieure de l'hymen, il ne faut pas omettre de l'explorer en étalant entre deux doigts la fosse naviculaire. Nous ne pratiquons généralement pas cette manœuvre qui est douloureuse et expose à la rupture en cas d'hymen très mince; la pression excentrique également répartie sur tout le pourtour de la membrane nous permet d'obtenir dans d'aussi bonnes conditions le déplissement et l'étalement de la membrane.

On examinera soigneusement la fourchette, susceptible de fournir des indications intéressantes. Il est des hymens peu élevés dont les bords sont peu apparents, on arrivera néanmoins à les étudier par l'artifice suivant : introduire dans l'orifice une sonde de femme dans laquelle on fait passer un peu d'eau, ramener ensuite à soi l'instrument de façon à déplier successivement les diverses parties de la membrane (BROUARDEL). Le même auteur a aussi préconisé l'emploi d'un petit appareil constitué par un tuyau rigide portant à une extrémité une petite ampoule de caoutchouc souple; cette extrémité introduite dans l'orifice vaginal, souffler par l'em-

bout libre de manière à gonfler modérément le ballonnet, ramener ensuite à soi l'appareil : l'ampoule gonflée refoule devant elle la membrane hymen, dont les bords deviennent ainsi nettement visibles. Cette technique, un peu compliquée, peut donner de bons résultats ; dans la pratique, elle ne sera guère employée : le caoutchouc s'altère rapidement, se dessèche et il faut procéder fréquemment à son renouvellement ; au moment de l'examen, le ballonnet éclate parfois.

Les bords hyménaux présentent-ils des encoches, on notera leur nombre, leur siège, leur direction, leur profondeur ; vont-elles jusqu'à l'insertion vaginale, intéressant même le vagin ? Si elles siègent en arrière, intéressent-elles la fosse naviculaire, la fourchette ? Ces encoches ont-elles des bords arrondis, sont-elles symétriques, ou, au contraire, ont-elles des bords anguleux, en ligne brisée ? A la loupe, on cherchera la présence de tissu cicatriciel blanchâtre à l'origine de ces encoches. On regardera si les irrégularités des bords des lambeaux s'engrènent les uns dans les autres. Si ces encoches sont assez profondes pour donner des lambeaux distincts, ces lambeaux sont-ils sur le même plan, leur ensemble permet-il de reconstituer la forme primitive de la membrane ? Ou, au contraire, sont-ils sur des plans différents, leurs pieds sont-ils écartés les uns des autres au niveau de leur insertion vaginale ? Cette étude des rapports que présentent entre eux les lambeaux hyménaux nous donne des renseignements intéressants pour le diagnostic des encoches traumatiques et des encoches congénitales. Un artifice facilite cette recherche : au moyen d'une baguette de verre, récliner vers soi les

divers lambeaux dont la base d'insertion sur le vagin est ainsi mise à jour, puis récliner en sens inverse comme si on voulait coapter ces lambeaux de manière à rendre à l'hymen sa forme primitive ; c'est là l'épreuve de la reconstitution de l'hymen, conseillée par le Professeur P. PARISOT, c'est la plus commode pour voir si les lambeaux ont la même longueur, si leurs extrémités distales arrivent au même niveau, reconstituant à l'hymen un orifice régulier.

Si l'orifice hyménal est assez large pour permettre d'apercevoir les parois vaginales avec leurs plis, leurs colonnes antérieure et postérieure, on cherchera à voir quel rapport les encoches affectent avec ces inégalités de surface de la muqueuse vaginale.

Ces encoches présentent-elles des bords cruentés ou au contraire sont-elles tapissées par une muqueuse normale ? C'est là un point important à établir, puisqu'il fait le diagnostic de défloration récente ou ancienne.

On passera ensuite à l'examen de la largeur de l'orifice en tenant compte de la dilatabilité variable de la membrane hyménale. On l'appréciera grossièrement par l'introduction d'un corps dur cylindrique (baguette de verre, sonde de femme, pulpe du petit doigt, index, plusieurs doigts, petit et grand spéculums) admis sans douleur ni hémorragie, puis on en mesurera le diamètre. Dans le cas d'hymen lâche, non défloré, on procédera à cette épreuve avec prudence, pour ne pas risquer une défloration, toujours regrettable en pareil cas. Cette dernière recherche est très importante, puisqu'elle permettra d'admettre ou de rejeter la possibilité d'un rapport sexuel, que l'hymen soit rompu ou non.

Nous rappelons simplement pour mémoire les autres investigations auxquelles doit procéder l'expert commis dans une affaire d'attentats aux mœurs : recherche d'un écoulement urétral ou vaginal, recherche des ganglions inguinaux, examen de la région anale, recherche des traces de violences au niveau des parties sexuelles ou sur le reste du corps.

CHAPITRE VI

Formes normales de l'hymen - Classification

La forme de l'hymen varie d'une femme à l'autre, comme le dit Afranio PEIXOTO, mais pas dans des limites telles qu'on ne puisse essayer de rassembler les diverses formes dans des groupes distincts.

Avant de proposer une classification des formes normales de l'hymen, il est bon de faire remarquer que ce chapitre est un des plus confus qui soient en Médecine légale. La raison en est due au défaut d'unité dans les bases de cette classification : les uns ont voulu grouper les hymens en prenant comme point de départ la forme de la membrane elle-même, les autres en se basant sur la forme de l'orifice hyménal, d'autres enfin en faisant entrer en ligne de compte tantôt l'une, tantôt l'autre de ces deux manières de voir. La confusion s'est encore accrue lorsque les auteurs ont mis à part, pour en faire des groupes spéciaux, les cas d'hymens à bords irréguliers ; or il est bien évident, comme le fait remarquer Nina RODRIGUES, que ces deux caractères (forme de l'hymen et état de ses bords) ne s'excluent pas l'un

l'autre ; un hymen peut être frangé, encoché, dentelé... sans cesser d'être pour cela labié, en fer à cheval, semi-lunaire ou annulaire. Et d'autre part, l'aspect de la membrane varie suivant la manière de distendre l'hymen, « suivant le sens qu'on donne à la traction, le contour de l'orifice change, il peut s'approcher alors de la forme labiée ou de la forme circulaire » (1).

Nous ne ferons que rappeler pour son originalité la classification de Afranio PEIXOTO, qui repose sur la présence ou l'absence de commissures ou angles de jonction des valves. Il distingue ainsi deux groupes fondamentaux : les hymens avec commissure et les hymens sans commissure. Dans le premier groupe, il fait rentrer les hymens imperforés, annulaire, semi-lunaire, hélicoïde, en pont, cribriforme ; dans le second groupe, il rassemble les hymens labiés (bilabiés, trilabiés, quadrilabiés, multilabiés, suivant le nombre des commissures et des lèvres). C'est en somme une complication inutile et factice : un hymen annulaire défloré avec deux profondes incisures traumatiques cesserait, par le fait même de la défloration, d'être un hymen annulaire pour devenir bilabié !

Comme la plupart des auteurs, nous prendrons comme base de classification la forme de l'orifice hyménal. Lorsqu'on se propose de classer les hymens d'après la forme de l'orifice hyménal, les divers auteurs sont d'accord pour dire qu'il convient d'étudier tout d'abord la forme initiale correspondant aux premiers stades du

(1) Nina RODRIGUES. — Des formes de l'hymen. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1900, t. 43, page 483.

développement, et partant ensuite de celle-ci, de remonter aux autres formes qui en dérivent. Mais là où les opinions divergent, c'est quand il s'agit d'établir quelle est cette forme initiale dont dériveraient toutes les autres. Pour HOFFMANN, LACASSAGNE et E. MARTIN, c'est l'hymen annulaire qui serait ce type fondamental, et leur principal argument est la fréquence plus grande de cette forme par rapport aux autres. Ce n'est rien moins que démontré et le mode d'examen n'est-il pour rien, comme nous l'avons indiqué plus haut, dans cette prédominance de la forme annulaire ? Rien ne prouve d'ailleurs que la forme la plus fréquente soit la forme initiale. TARDIEU, TOURDES, BROUARDEL, admettent la forme labiée comme type initial de l'hymen ; nous nous rallions à cette opinion, nous basant pour cela sur les notions embryologiques rappelées au début de cette thèse bien plus que sur une fréquence plus ou moins grande suivant les âges. D'autre part, l'examen que nous avons fait des hymens des fœtus et des nouveau-nés nous a montré que chez eux la forme labiée est pour ainsi dire constante. Chez les tout jeunes enfants, cette forme labiée se retrouve fréquemment, ou tout au moins les formes qui s'en rapprochent ou en dérivent, tels l'hymen en carène, l'hymen en crête de DALLA VOLTA que cet auteur n'a guère trouvé que chez l'enfant.

Si, par la suite, l'hymen labié ne se retrouve plus aussi fréquemment chez les sujets plus âgés, ce serait peut-être, comme l'a fait remarquer TOURDES, par suite de l'accroissement progressif de la symphyse pubienne : « La membrane abaisse ses extrémités supérieures, le développement des grandes lèvres concourt aussi à cet

effet en tirant en dehors et en bas une partie de la muqueuse vulvaire : un véritable croissant se forme, une demi-lune plus ou moins échancrée, à la partie inférieure et postérieure du vagin » (1).

Ce n'est d'ailleurs pas seulement en tant qu'hymen initial qu'est intéressant l'hymen labié; c'est aussi la forme la plus fréquemment relevée dans 50 expertises judiciaires faites par le professeur P. PARISOT depuis Août 1919 jusqu'à Mars 1924, ainsi qu'en fait foi le tableau ci-joint. Fréquente dans la jeunesse, cette forme persiste à un âge plus avancé, ainsi que LEGLUDIC l'avait déjà remarqué; nous l'avons retrouvée même chez des sujets de 16, 17, 21 et 24 ans.

Nous distinguerons quatre types normaux d'hymens : labié, semi-lunaire, en fer à cheval et annulaire. Mais comment faire dériver ces trois dernières formes de la forme labiée initiale? La forme labiée comportant une portion membraneuse médiane, plus élevée à la partie inférieure qu'à la partie supérieure, les formes semi-lunaire et en fer à cheval seront réalisées par la prédominance de cette membrane à la partie inférieure, la forme annulaire par l'accentuation de la hauteur de la membrane à la partie supérieure. Il existe d'ailleurs de nombreuses formes de transition.

L'ordre que nous suivrons dans l'énumération de ces quatre formes normales de l'hymen ne tient pas seulement aux raisons que nous en donnions plus haut, il tient compte aussi de leur fréquence relative dans les observations qu'il nous a été donné d'étudier. Sur

(1) TOURDES. — Article « Viol » du *Dictionnaire Encyclopédique*.

**Tableau de 50 Expertises judiciaires faites par le Professeur P. Parisot pour attentats aux mœurs
de août 1920 à mars 1924**

FORME DES HYMENS	AGE	PARTICULARITÉS	
47 H. labiés.	43-44-45 ans 4-10-12-13-21 ans 6 ans 43-44-46-50 ans 17 ans 43-43-24 ans	H. avec 2 E. C. siégeant dans la moitié supérieure. H. à bords sinueux ou festonnés. H. à bords réguliers. H. avec 2 E. C. présentant en outre de 2 à 4 E. T. H. épais, à bords frangés, multilobés. 4 E. T. profonde avec tissu cicatriciel. H. à bords réguliers, avec de 2 à 5 E. T.	9 H. intacts. 8 H. déchirés.
41 H. semi-lunaires	6-6-7-11-14-43-43-14 ans 44-42 ans 15 ans	H. sans particularité. H. avec 1 et 2 E. C. H. avec 4 E. T. profonde de 3 millimètres : Déformation incomplète.	40 H. intacts.
10 H. en fer à cheval	4-7-8-9-11-11-12-42 ans 10-41 ans	H. à bords réguliers. H. avec 2 E. C.	Tous intacts.
7 H. annulaires.	41 1/2-12-17 ans 9 ans 15-16-19 ans	H. à bords réguliers H. en bourrelet à orifice large. H. avec de 2 à 4 E. P.	4 H. intacts. 3 H. déchirés.
5 H. à formes rares ou anormales (voir observations).	13 ans 15 ans 43 ans 5 ans 47 ans	H. corolliforme, annulaire, charnu, à lambeaux imbriqués à la partie supérieure. 2 E. T. profondes à la partie inférieure. H. multilobé congénitalement avec lobes périthétraux. Très dilatable. H. multilobé congénitalement. Dilatable. H. en pont oblique. H. en pont oblique : orifice intérieur dentelé.	Déformation an- cienne. Viol possible. Viol possible. Intact. Intact.
<i>Abbreviations : E. C. = Encoche congénitale. — E. T. = Encoche traumatique.</i> <i>NOTA. — Les encoches congénitales sont habituellement symétriques et séparent des lambeaux arrondis. — Les encoches trauma- tiques ont des bords nets et anguleux.</i>			

50 expertises, nous avons relevé : 17 hymens labiés, 11 semi-lunaires, 10 hymens en fer à cheval et 7 annulaires seulement. Ont été mises à part 5 formes anormales que nous décrirons dans un chapitre spécial.

Le nombre de ces cas n'est pas suffisant pour qu'on en puisse tirer des conclusions d'ordre général, ils nous fournissent cependant des indications intéressantes que nous nous contentons de signaler.

1° Forme labiée. — L'hymen peut être considéré comme formé de deux valves situées de part et d'autre du canal vaginal et dont les bords libres ou lèvres s'adossent l'un à l'autre vers la ligne médiane, donnant à l'orifice hyménal la forme d'une fente verticale, sinueuse ou rectiligne. Telle est, à peu de chose près, la définition donnée par les différents auteurs, mais tous n'ont pas insisté suffisamment sur un caractère important, la présence d'une portion membraneuse médiane, faisant une sorte de commissure à chaque extrémité de la fente. Il en résulte que cette fente hyménale n'atteint jamais, ni en avant ni en arrière, la ligne d'insertion de l'hymen sur le pourtour de l'orifice vaginal. Cette portion membraneuse est toujours plus accentuée vers la commissure postérieure, et, dans les cas où elle est très développée, l'hymen affecte la forme dite en carène, souvent retrouvée aux premiers stades du développement de la membrane, fréquente encore chez les nouveau-nés et les jeunes enfants ; à son degré le plus prononcé, on obtient la forme dite en crête (DALLA VOLTA).

2° Forme semi-lunaire. — Comme nous l'avons vu, cette forme est réalisée par la prédominance de la

commissure postérieure de la forme labiée. L'orifice hyménal a la forme d'un demi-cercle auquel on peut considérer deux bords : un bord inférieur concave, un bord supérieur plus ou moins rectiligne. L'augmentation de hauteur de la commissure postérieure fait que l'orifice hyménal se rapproche plus ou moins du méat urinaire. Afranio PEIXOTO a décrit une forme très rare, l'hymen semi-lunaire inversé : c'est plutôt une forme en fer à cheval dont les cornes sont orientées vers la commissure postérieure.

3° **Forme en fer à cheval.** — Elle se rapproche beaucoup de la précédente. Le bord inférieur concave prend plus d'importance, empiétant à droite et à gauche sur le bord supérieur qui prend de ce fait une forme convexe. L'orifice ainsi limité a la forme d'un croissant plus ou moins effilé à ses extrémités.

4° **Forme annulaire.** — On peut la faire dériver de la forme labiée en supposant l'augmentation en hauteur de la commissure supérieure. L'orifice affecte alors une forme plus ou moins régulièrement circulaire, située généralement à un niveau assez élevé ; néanmoins, la commissure postérieure reste souvent plus importante que l'antérieure. Nina RODRIGUES rapproche de cette forme annulaire les formes à orifice excentrique, les formes à orifice plus ou moins allongé (forme ovalaire), la forme en bourrelet, etc...

Ces quatre formes les plus fréquentes de l'hymen peuvent, sans cesser pour cela d'être normales, présenter au niveau de leurs bords certaines irrégularités leur donnant un aspect particulier. Il importe de bien les

connaître pour ne pas y voir là les effets d'une tentative de viol, par exemple.

Dans la forme labiée surtout, les bords de l'hymen offrent souvent des sinuosités plus ou moins accentuées. Ailleurs, on trouve parfois des encoches superficielles arrondies, sortes d'ondulations plus accentuées (hymen encoché), plus profondes, ces encoches déterminent la formation de dentelures (hymen dentelé), plus marquées encore, elles séparent des saillies multiples, minces, longues ou courtes, analogues à des villosités (hymen fimbriatus, frangé, villeux). Ces franges sont surtout nombreuses sur le bord libre, on peut en trouver quelques-unes sur la face vestibulaire de l'hymen, autour du méat, sur la face interne des petites lèvres, parfois même sur la muqueuse du vagin, elle ne sont donc pas spécifiques de l'hymen (DALLA VOLTA).

Ces particularités des bords peuvent n'exister que d'un seul côté de l'hymen et on peut donner à de telles membranes les noms d'hymens hémi-encochés, hémi-frangés, etc... L'examen de plusieurs pièces anatomiques nous a permis d'en retrouver des exemples.

Quoi qu'il en soit, la forme la plus importante, tant par sa plus grande fréquence que par son intérêt au point de vue médico-légal, est celle des encoches congénitales que nous étudierons plus loin à propos de leur diagnostic différentiel avec les encoches traumatiques. Nous rappellerons néanmoins ici qu'elles semblent plus fréquentes dans la forme labiée : sur cinquante observations, nous avons relevé 11 fois la présence de ces encoches, dont 7 cas pour la forme labiée, 2 cas pour la forme semi-lunaire, 2 cas pour la forme en fer à cheval.

Quant à l'hymen annulaire, nous ne l'avons jamais vu présenter cette particularité au cours des expertises; toutefois, un hymen annulaire prélevé sur le cadavre d'une femme adulte de 34 ans présentait 4 encoches congénitales typiques.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

17 HYMENS LABIÉS (9 intacts, 8 déchirés)

D..., 15 ans. — Hymen labié, à bords festonnés, présentant 2 petites échancrures de 1 mm. environ de profondeur, à droite et à gauche, symétriques, arrondies, sans cicatrice. Hymen dilatable permettant l'introduction d'un corps dur de 9 cm de circonférence environ. Intact.

L..., 14 ans 1/2. — Hymen labié présentant à droite et à gauche une encoche congénitale. Intact.

V..., 16 ans. — Hymen épais, charnu, de forme labiée, présentant vers son milieu 2 encoches arrondies, symétriques, sans tissu cicatriciel, celle de droite plus accentuée que celle de gauche, accentuée probablement par une tentative de défloration. Les bords de l'hymen sont festonnés. A la partie inférieure et droite, déchirure profonde, d'origine traumatique ancienne. Hymen dilatable, permettant l'introduction d'un corps dur de 10 cm de circonférence environ.

B..., 17 ans. — Hymen charnu, épais, à bords frangés, multilobés, de forme labiée. Encoche profonde droite avec

tissu cicatriciel à l'insertion de la membrane. Défloration ancienne.

F..., 20 ans. — Hymen charnu, de forme labiée, à bords festonnés, avec 2 encoches peu profondes, symétriques, d'origine congénitale. De plus 3 encoches traumatiques, dont 2 sur la ligne médiane, l'une supérieure, l'autre inférieure et la troisième à la partie inférieure gauche. Examen au spéculum possible. Défloration.

S..., 4 ans 1/2. — Hymen labié, à bords nets, légèrement sinueux. Orifice hyménal très petit. Pas de défloration.

S..., 21 ans. — Hymen de forme labiée, à bords festonnés, avec séparation des deux lèvres à la commissure postérieure plus accentuée qu'à l'état normal. Pas de défloration.

D..., 12 ans. — Hymen labié, à bords festonnés : chaque feston correspond à des replis de la face vaginale de l'hymen. Intact.

S..., 4 ans. — Hymen labié intact.

L..., 10 ans. — Hymen charnu, de forme labiée, à bords festonnés. Petite encoche congénitale à gauche. A son insertion, l'hymen présente deux sortes de bourrelets de forme longitudinale, congénitaux. Pas de défloration.

R..., 13 ans. — Hymen labié, déchiré à sa partie postérieure, 2 encoches traumatiques.

D..., 13 ans. — Hymen charnu, labié, dilatable. A la partie supérieure droite et gauche, une encoche congénitale. Une déchirure traumatique se prolongeant vers la fourchette, à bords cicatriciels. Défloration.

C..., 13 ans. — Hymen charnu, épais, de forme labiée. 5 encoches profondes, asymétriques, d'origine traumatique ancienne. Hymen dilatable et dilaté. Introduction facile d'un spéculum. Défloration.

L..., 13 ans. — Hymen labié, présente à sa partie supérieure de petites encoches congénitales. Intact.

D..., 13 ans. — Hymen labié, à bords sinueux. L'ouverture permet à peine l'introduction de la pulpe du petit doigt. Intact.

B..., 14 ans. — Hymen labié dont les bords sont festonnés, surtout à gauche, avec une encoche congénitale au niveau du tiers moyen ainsi qu'à droite. Au-dessous une petite encoche traumatique et au voisinage de la commissure postérieure, 2 encoches traumatiques, la droite plus marquée que la gauche.

L..., 24 ans. — Hymen charnu, épais, à bords festonnés. Plusieurs déchirures traumatiques anciennes. On note : à droite au niveau de la partie moyenne, 1 encoche traumatique à bords nets et plus bas une autre plus profonde atteignant l'insertion de la membrane où elle apparaît bordée par les plis du vagin, A gauche, 2 encoches traumatiques, l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers inférieur. Hymen dilaté et dilatable. Défloration.

11 HYMENS SEMI-LUNAIRES (10 intacts, 1 défloré)

B..., 13 ans. — Hymen épais, charnu, de forme semi-lunaire. 1 encoche traumatique profonde à bords nets à droite. L'hymen est dilatable, permet l'introduction de l'index de la main droite. Défloration incomplète.

U..., 11 ans. — Hymen semi-lunaire intact.

A..., 11 ans. — Id.

P..., 6 ans.. — Id.

S..., 14 ans. — Id.

L..., 6 ans. — Id.

M..., 12 ans — Hymen semi-lunaire présentant sur le

bord gauche à la partie inférieure une petite encoche congénitale. Pas de défloration.

W..., 13 ans. — Hymen semi-lunaire intact.

D..., 11 ans. — 2 encoches congénitales. Pas de défloration.

D..., 8 ans. — Hymen semi-lunaire intact.

D..., 7 ans. — Id.

10 HYMENS EN FER A CHEVAL (tous intacts)

S..., 12 ans. — Hymen en fer à cheval intact.

E..., 12 ans. — Hymen charnu en fer à cheval oblique. Cette obliquité est due à des adhérences inflammatoires anciennes siégeant à gauche. Pas de défloration.

M..., 12 ans. — Hymen très mince. Intact.

M..., 11 ans. — Hymen épais, charnu, en fer à cheval. 2 encoches congénitales symétriques. Intact.

B..., 9 ans. — Intact.

V..., 10 ans. — Hymen en fer à cheval asymétrique avec 2 encoches congénitales. Intact.

N..., 7 ans. — Hymen en fer à cheval intact.

C..., 4 ans. — Id.

B..., 9 ans. — Id.

S..., 11 ans. — Hymen en fer à cheval à bords lisses, réguliers, sans encoches ; hymen mince surtout à sa partie inférieure.

7 HYMENS ANNULAIRES (4 intacts, 3 déchirés)

M..., 11 ans 1/2. — Hymen annulaire très mince. Intact.

E..., 15 ans. — 2 encoches traumatiques anciennes, l'une à droite à la partie supérieure est assez profonde, l'autre à

gauche partie moyenne est moins accentuée. Hymen dilaté et dilatable permettant l'introduction d'un corps dur cylindrique de 9 cm de circonférence.

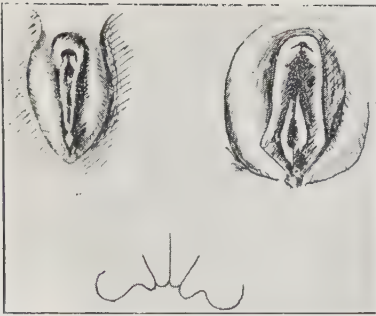
L..., 12 ans. — Hymen annulaire intact.

L..., 9 ans. — Hymen rouge, congestionné, saignant au moindre contact, son bord est peu élevé, formant un bourrelet circulaire avec orifice hyménal large laissant voir les colonnes du vagin. Pas de défloration.

D..., 17 ans. — Hymen annulaire intact avec bords légèrement sinueux, permet à peine l'introduction de l'extrémité de la pulpe du petit doigt. Intact.

L..., 16 ans. — Hymen annulaire charnu, à bords éversés, présente 4 encoches traumatiques anciennes; deux inférieures profondes atteignant presque l'insertion de l'hymen, sans tissu cicatriciel; deux supérieures, celle de droite très accentuée, celle de gauche très petite. L'hymen est dilaté et permet l'introduction du médius et de l'annulaire de la main droite (8 cm). Défloration.

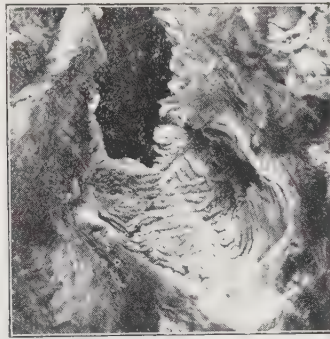
N..., 19 ans. — Hymen circulaire échancré, dilaté suffisamment pour permettre l'introduction du spéculum. Défloration.



1. Hymen labié chez le fœtus.



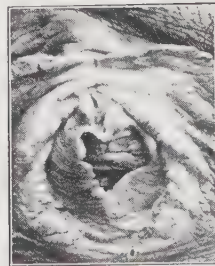
2. Hymen fœtal, coupe transversale.



3. Face postérieure de l'hymen.
Plis vaginaux se continuant sur la membrane.



4. Hymen semi-lunaire hémî encoché



5. Hymen annulaire hémî-entoché.
(Encoches congénitales)

CHAPITRE VII

La Défloration

C'est l'ensemble des lésions produites par l'introduction d'un corps dur et résistant dans l'orifice hyménal. En somme elle met fin à l'état de virginité.

Nous avons cru devoir définir ce qu'est la virginité anatomique avant de passer à l'étude de la défloration qui la fait disparaître. La virginité est en somme l'état matériel de la femme qui n'a jamais eu de rapports sexuels complets avec l'homme et n'a pas été victime de lésions traumatiques au niveau des parties sexuelles. La présence de sang sur les linges de la jeune mariée fut longtemps considérée comme la preuve certaine de sa virginité, témoin l'aphorisme latin : *Prima venus debet esse cruenta*. Chez les Hébreux, l'exposition des linges souillés de sang était une des cérémonies terminales du mariage. Cette habitude s'est conservée de nos jours dans certains pays, et, dans nos campagnes même, il n'est pas rare de voir la mère de la jeune épousée ap-

peler discrètement ses voisines le lendemain du mariage pour leur montrer avec fierté les draps révélateurs (MORACHE). Mais que le mari vienne à réaliser un rapport facile ne s'accompagnant ni de douleur ni d'hémorragie, il en arrive souvent à douter de la virginité de son épouse, dont la vertu peut cependant être intacte. Un tel absolutisme doit être combattu énergiquement, car il expose à des erreurs regrettables. La connaissance des formes anormales de l'hymen, que nous étudierons plus loin, montre qu'il existe des hymens naturellement dilatables ou à large orifice, qui admettent sans se rompre les premières approches masculines, et, par suite, sans perte de sang; la démonstration en est fournie d'autre part par les nombreuses observations d'hymens intacts constatés au moment de l'accouchement. On comprendra facilement qu'une femme ait pu avoir des rapports avec un individu à verge peu volumineuse, un jeune garçon par exemple, sans que son hymen se déchire; qu'elle vienne à avoir ensuite un rapport avec un adulte vigoureux, celui-ci, déterminant de la douleur et une perte de sang, sera persuadé avoir la primeur d'une virginité depuis longtemps envolée.

Les lésions de la défloration sont très souvent localisées sur l'hymen et peuvent être décomposées en plusieurs éléments que nous étudierons séparément : déchirure de la membrane, hémorragie, douleur. Nous rechercherons ensuite ce que devient l'hymen après la défloration, au cours des diverses étapes de la vie génitale de la femme, et nous terminerons ce chapitre important en passant en revue les causes de rupture de l'hymen autres que le coït.

1° Comment se rompt l'hymen lors de la défloration ? — De prime abord, cette question semble ne présenter qu'un minime intérêt; elle mérite pourtant d'être approfondie et son étude est susceptible de nous donner des indications précieuses pour le diagnostic de la défloration; « si les encoches se trouvent aux points où la membrane devait se rompre à l'occasion de la défloration, elles doivent être réputées traumatiques; si elles occupent d'autres points, on doit plutôt les regarder comme congénitales » (Nina RODRIGUES) [1].

Certains auteurs ont cherché dans la forme géométrique de l'hymen l'explication du siège et de l'aspect des lambeaux; sur ce point, TOURDES, TARDIEU, MASCHKA, ZHINO sont loin d'être d'accord. FRANCISCO FLORÈS fait entrer en ligne de compte des formules mathématiques et des principes de mécanique; il prétend déduire les lésions produites par l'application de la puissance représentée par le pénis, de la forme de l'hymen; pour lui, la forme labiée serait la plus résistante, ce qui ne semble guère conforme à la réalité. De telles données sont évidemment trop abstraites et nous ne pouvons les admettre. Si TARDIEU pense aussi que la forme de l'hymen entre pour une part importante dans la façon dont il se rompt, du moins ajoute-t-il : « Il y a, à l'égard du siège de la déchirure, de nombreuses différences qui tiennent à l'étendue de la membrane, à sa forme, à sa résistance. » (2)

(1) Nina RODRIGUES. — *Loco citato*, page 508.

(2) TARDIEU. — *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 1878, page 51,

A notre avis, la forme de l'hymen entre pour une bien faible part dans la façon dont il se rompt au moment de la défloration. Notre meilleur argument réside dans la grande diversité d'opinions des auteurs auxquels a suffi cette manière de voir : TOURDES et BROUARDEL arrivent à des conclusions diamétralement opposées à celles de FLORÈS. Nous nous rallierons à l'opinion de NINA RODRIGUES qui est plus éclectique : pour lui, la façon dont se rompt l'hymen dépend non seulement de sa forme, mais aussi de sa structure, de son épaisseur, des dimensions de l'orifice hyménal et encore du volume de la verge, des conditions du coït déflorateur. Cette complexité des éléments entrant en ligne de compte ne permet pas évidemment de poser des règles absolues ou même approximatives à ce sujet.

Un point mérite d'être éclairci, qui nous servira plus loin quand nous étudierons le diagnostic différentiel entre les encoches traumatiques et les encoches congénitales : les rapports des scissures de défloration avec les replis de la muqueuse vaginale se prolongeant sur la face postérieure de l'hymen. HOFFMANN avait entrevu l'intérêt de la question, mais ne semble pas l'avoir approfondie à ce point de vue de diagnostic différentiel. Il dit en effet, page 64 : « Les parties les plus résistantes de l'hymen sont celles qui présentent un épaississement de la substance et trouvent en même temps une espèce de soutien dans les replis du vagin qui se continuent sur sa face postérieure. » Mais plus loin, page 66, il ajoute : « Nous recommandons particulièrement, autant que la chose sera possible, d'examiner la face postérieure de l'hymen, parce que, dans la division congénitale de la

membrane, les lambeaux séparés paraissent être, comme nous l'avons déjà dit, la continuation des plis de la muqueuse du vagin » (1). Il n'en est pas moins vrai que, comme l'a bien fait ressortir le Professeur P. PARISOT, « quand l'hymen éclate, la scissure qui se produit passe entre deux plis du vagin lorsque l'hymen est doublé par les plis de la muqueuse vaginale, ou bien les scissures, notamment dans les formes semi-lunaires et annulaires, se font à droite et à gauche de la colonne postérieure du vagin qui sert de soutien à la partie postérieure de la membrane hyménale » (P. PARISOT) [2]. On peut, d'ailleurs, s'en rendre compte par une expérience très grossière : en faisant éclater un hymen en papier doublé d'une manière inégale par du papier plus fort, ou du papier ondulé, on constate que c'est dans le fond des ondulations que se produit la scissure.

2° L'Hémorragie après la défloration. — Elle est une conséquence immédiate des lésions hyménales, et, par suite, elle s'observe presque constamment. C'est du moins ce qui résulte de l'interrogatoire de la fille : très souvent elle a constaté que son linge était souillé de sang après l'attentat. Mais il faut se garder de généraliser, un hymen lâche, élastique, à large orifice, pourra admettre sans se rompre les premières approches.

L'abondance de cet écoulement sanguin est variable et dépend de plusieurs causes : tout d'abord les dimensions de la verge et l'énergie de l'acte sexuel amèneront

(1) HOFFMANN. — *Nouveaux Éléments de Médecine légale*, pages 64-66.

(2) PIERRE PARISOT et M. LUCIEN. — *Formes rares et anormales de l'hymen. Annales de médecine légale*, mai 1924, page 235.

des déchirures plus ou moins accentuées et partant une hémorragie variable comme intensité ; les déchirures se prolongeant jusqu'au vagin, intéressant même la muqueuse vaginale, saignent beaucoup, à plus forte raison si elles entament la fourchette ou même le périnée, tel le cas de viol d'une enfant de 10 ans, cité par le Professeur PARISOT.

La structure a, à ce point de vue, une importance au moins aussi grande ; on comprendra facilement qu'un hymen charnu, épais, bien vascularisé, entraîne par sa rupture une hémorragie abondante, qu'un hymen mince, en pelure d'oignon, puisse se rompre avec perte de sang minime.

Exceptionnellement, la défloration entraîne une hémorragie très abondante, nécessitant une intervention urgente ; il s'agit alors là d'une disposition générale de la femme (hémophilie), ou d'une anomalie locale par suite d'une vascularisation exagérée de la membrane. LUSCHKA a étudié la vascularisation de l'hymen : il a pu voir que les vaisseaux y sont peu importants à l'état normal. NEUGEBAUER a cité plusieurs cas de mort par hémorragie à la suite de défloration.

3° **La Douleur.** — Elle existe presque constamment, mais elle peut manquer, c'est le cas de ces dispositions complaisantes de l'hymen que nous avons déjà signalées, parfois aussi en raison des faibles dimensions de la verge. C'est, en tous cas, un caractère secondaire, puisque ce n'est, après tout, qu'une simple assertion de la femme, non contrôlable par l'expert.

4° **L'Hymen après la défloration.** — Les déchirures

ont tout d'abord les caractères d'une plaie contuse à bords cruentés. Fréquemment, ces surfaces saignantes s'infectent, deviennent le siège d'une inflammation tuméfiante la membrane avec parfois un peu de suppuration, si les soins de propreté sont négligés. Peu à peu, les lèvres de la plaie se rapprochent par épidermisation progressive et la cicatrisation est obtenue; à partir de ce moment, la défloration est dite ancienne. La justice demande souvent à l'expert de préciser s'il s'agit d'une défloration récente ou ancienne, parfois même de fixer la date de l'attentat; aussi est-il important de rechercher la durée de cette période de cicatrisation : BROUARDEL l'évalue à 4 jours, BRIAND et CHAUDÉ à 5 ou 6 jours, TOULMOUCHE à 8-12 jours; c'est là aussi l'opinion de TARDIEU, qui fait remarquer qu'elle se prolonge souvent jusqu'à 15 et même 20 jours suivant « le degré d'inflammation des bords de la plaie et l'état de repos ou d'excitations répétées des parties » (1). Nous admettons les conclusions du Professeur BALTHAZARD : « Lorsque la cicatrisation n'est pas accomplie, on peut admettre que la déchirure remonte au plus à 15 jours, on dira qu'elle est récente; au contraire, si la muqueuse qui recouvre les bords des déchirures a repris les caractères de la muqueuse normale, surtout s'il existe des cicatrices blanches linéaires, on peut affirmer que la rupture de l'hymen n'est pas récente et qu'elle remonte à au moins 1 mois » (2). Il faut se garder de donner des indications plus précises.

(1) TARDIEU. — *Loc. cit.*, page 53.

(2) BALTHAZARD. — *Médecine légale*, 1921, page 365.

Il est très rare de voir se souder entre eux les lambeaux isolés par les déchirures traumatiques, ils restent isolés et flottants, tout comme des lambeaux congénitaux. BROUARDEL cite pourtant le cas d'une jeune fille de 14 ans qu'il examina quatre jours après le viol : il constata sur un hymen en croissant une déchirure oblique de 2 à 3 mm. Le juge d'instruction, ignorant qu'un premier expert avait été commis, LAUGIER revoit la jeune fille onze jours après l'attentat et conclut à l'intégrité de la membrane. BROUARDEL et LAUGIER sont alors commis tous les deux pour une contre expertise qui a lieu 35 jours après le viol, et ils constatent une simple cicatrice blanche, sans encoche sur le bord. Ces cas sont évidemment très rares, il faut y songer pourtant, et BROUARDEL ajoute très justement : « Pour éviter des erreurs de ce genre, le mieux est de ne pas conclure après un seul examen » (1).

Lorsqu'après une défloration, s'établissent des rapports sexuels fréquents, les lambeaux hyménaux s'écartent de plus en plus les uns des autres, et diminuent de volume par atrophie progressive, prenant même une forme arrondie, ils conservent néanmoins à l'hymen sa forme primitive.

Mais, au moment de l'accouchement, les lambeaux restants se déchirent, en sorte qu'après cicatrisation, il ne reste de l'hymen que des débris informes qu'un œil non averti prendra facilement pour de simples replis muqueux : ce sont les caroncules myrtiformes. On retrouvera souvent en outre la trace de lésions de l'anneau

(1) BROUARDEL. — *Loc. cit.*, page 80.

vaginal sous forme de cicatrices blanchâtres plus caractéristiques.

5° Déchirures hyménales produites par une cause autre que le rapport sexuel. — La défloration n'est pas forcément le résultat du coït, elle peut être due encore à d'autres mécanismes.

On a prétendu que les manœuvres onanistiques avec le doigt ou des corps étrangers pouvaient amener des déchirures de l'hymen ; il est bien improbable que la fille qui se livre à la masturbation le fasse avec une fureur telle qu'elle déchire son hymen, elle se gardera bien de se faire souffrir elle-même. HOFFMANN a observé de nombreuses filles idiotes ou imbéciles connues pour se livrer à une masturbation enragée, jamais il n'a retrouvé de déchirure de la membrane, tout au plus lui a-t-il trouvé un aspect flétri avec dilatation de l'orifice.

Ce qui est plus fréquent, c'est la déchirure de l'hymen par une main étrangère, au cours d'un attentat à la pudeur, par exemple. L'introduction brusque du doigt dans les parties sexuelles pourra produire des déchirures profondes. Si le doigt ne pénètre pas dans l'orifice hyménal, mais vient buter contre la membrane, il peut causer la désinsertion de l'hymen qui se traduit par une perte de substance concave au niveau de la ligne d'insertion vaginale ; le diagnostic sera fait avec l'hymen en pont par la présence sur les parties sexuelles et sur l'hymen en particulier de stigmates unguéaux caractéristiques.

On trouve dans la littérature médicale quelques cas

de défloration involontaire par le médecin, au cours d'un examen gynécologique, par exemple.

Nous n'insisterons pas sur la défloration que demande parfois au chirurgien la femme ou son mari, en cas d'hymen résistant, infranchissable, ne permettant pas le coït complet.

Divers auteurs ont rapporté des observations de rupture de l'hymen dans les chutes. HOFFMANN en cite un cas intéressant, celui d'une jeune fille de 15 ans trouvée morte dans une cave. NINA RODRIGUES a fait un exposé complet de la question et distingue : les chutes sans empalement, avec rupture indirecte de l'hymen, surtout si les cuisses sont largement écartées, et les chutes avec empalement, où la rupture est due au traumatisme d'un corps pointu en saillie qui pénètre dans la vulve. Ces cas s'observent rarement. Si d'autres mécanismes ont été invoqués parfois (équitation, danse, écartement brusque des cuisses), c'est simplement, comme le fait remarquer THOINOT, pour masquer une origine beaucoup moins hypothétique.

CHAPITRE VIII

Diagnostic des lambeaux traumatiques et des lambeaux congénitaux

Nous avons cru devoir rassembler sous ce titre diverses notions éparses dans les chapitres précédents ; c'est que cette question est une des plus importantes, la plus importante dans une étude traitant des expertises médico-légales de l'hymen ; le diagnostic originel des encoches permettra à l'expert de rejeter ou d'admettre les bases de l'accusation. C'est aussi une étude très difficile, puisque, abordée par les différents Maîtres de la Médecine légale, elle n'a pas encore reçu de solution absolue. Si certains cas sont évidemment très nets, d'autres au contraire sont d'une interprétation ardue. Nous nous sommes inspiré surtout des conclusions des Professeurs P. PARISOT et LUCIEN, dans leur rapport au Congrès de Médecine légale de 1924.

Pour pouvoir décrire d'une façon certaine le lambeau congénital, il faut étudier les hymens des nouveau-nés, on y retrouve fréquemment des encoches dont la nature congénitale ne peut être discutée : « Ces lambeaux sont

arrondis, forment des sortes de volutes, les scissures qui les séparent ne se continuent que rarement jusqu'à l'insertion vaginale et, dans tous les cas, ne permettent pas, par suite de leur largeur vers le bord libre, l'affrontement de deux lambeaux voisins (P. PARISOT) [1] *. Ces scissures sont symétriques dans la grande majorité des cas, mais non dans l'universalité, et le caractère arrondi des lambeaux a une valeur bien supérieure à la symétrie. Quand ces lambeaux s'imbriquent les uns sur les autres à la manière des pétales d'une fleur, leur origine congénitale est évidente (hymen corolliforme). DALLA VOLTA prétend que les encoches congénitales siègent fréquemment dans la moitié antérieure de la membrane, sous l'aspect de deux incisures symétriques : s'il n'y a qu'une incisure, on la trouverait plus souvent dans la moitié antérieure gauche.

Les lambeaux traumatiques ont des bords anguleux, la scissure intermédiaire est parfois en ligne brisée, s'étend souvent jusqu'à l'insertion sur le vagin, atteint même parfois le vagin. HABERDA est très affirmatif à cet égard, pour lui, toute encoche assez profonde pour mettre à nu la paroi vaginale est une encoche de déflo-ration. La diversité d'opinions des auteurs qui ont étudié le mode de rupture de l'hymen montre qu'il ne faut pas compter sur le siège des scissures pour leur attribuer une origine traumatique plutôt que congénitale. D'une manière générale, on peut dire seulement que les encoches traumatiques sont rarement symétriques, qu'elles sont plutôt multiples, inégales, les unes super-

(1) Pierre PARISOT et M. LUCIEN. — *Loc. cit.*, page 233.

ficielles, les autres profondes. Le diagnostic s'impose évidemment quand on constate au niveau des encoches du tissu cicatriciel ; mais, comme le fait remarquer HOFFMANN, il est rare de trouver des cicatrices blanchâtres, d'une consistance ferme ou tendineuse, facilement constatables par l'inspection ou la palpation de la membrane.

En résumé, le diagnostic de l'encoche congénitale se fait surtout par la forme arrondie du lambeau, celui de l'encoche traumatique par la prolongation de la scissure jusqu'à l'insertion vaginale ou même au delà.

CHAPITRE IX

Formes anormales de l'hymen

Nous mettrons à part dès le début la forme évidemment anormale, mais rare, de l'hymen en cloison complète, membrane pleine obstruant l'orifice vaginal, empêchant l'écoulement des règles et la copulation. Cette forme, à vrai dire pathologique de l'hymen, n'est guère intéressante que pour le chirurgien qui pourra guérir par la simple incision cette anomalie reconnue seulement au moment de la puberté.

Au point de vue médico-légal, il est logique de considérer comme anormales les formes de l'hymen d'une interprétation plus difficile et susceptibles d'induire en erreur le médecin légiste. Ce seront donc d'une part des hymens qui, par leur persistance, pourraient nous faire croire à une virginité qui n'existe plus (hymens lâches, élastiques, dilatables, à large orifice, hymen en pont très résistant), d'autre part des hymens dont une disposition congénitale particulière pourrait nous faire admettre à tort une défloration.

Nous adopterons la classification suivante, qui est celle préconisée par les Professeurs P. PARISOT et

LUCIEN dans leur rapport au Congrès de 1924 : 1° hymens infranchissables ; 2° hymens dilatables ; 3° hymens à lambeaux ; 4° hymens à structure anormale, en particulier au point de vue de leur vascularisation.

1° Hymens infranchissables. — Sous cette rubrique, nous avons fait rentrer les diverses variétés d'hymens biperforés ou en pont, d'hymens annulaires avec un seul pertuis étroit ou des pertuis multiples ; il arrive fréquemment en effet qu'à ces variétés morphologiques corresponde une structure musculaire, tendineuse, cartilagineuse même, qui en rend très difficile la rupture par le membre viril. Le coït a pu avoir lieu, mais sans intromission dans le vagin : la verge est restée en deçà de l'hymen, refoulant simplement la membrane, il n'y a pas eu défloration ; la grossesse peut néanmoins résulter de ces rapports incomplets, comme nous le verrons plus loin. Il nous a semblé inutile de décrire ici les formes infranchissables à un ou plusieurs petits pertuis dont nous relatons des observations démonstratives dans le chapitre suivant ; nous insisterons surtout sur les hymens en pont et les formes qui s'en rapprochent.

L'hymen en pont est une forme évidemment rare, mais la plupart des auteurs en ont cité des exemples, en particulier VIBERT, MASCHKA, DEMANGE, DELENS, P. PARISOT, NINA RODRIGUES et d'autres encore. C'est un hymen à deux orifices séparés par une bride ou pont. Cette bride peut être orientée diversement, dans le sens vertical le plus souvent (hymen en pont vertical), dans le sens horizontal (hymen en pont transversal), dans une direction oblique (hymen en pont oblique). Les ori-

fices situés de part et d'autre de cette bride sont parfois d'inégale grandeur. « Ce pont est irrégulièrement prismatique ou cylindrique, en forme de ruban, avec des proéminences plus ou moins marquées; il peut être plus ou moins gros, très fin ou très épais, parfois même filiforme (DALLA VOLTA) [1] ». Le pont a souvent une consistance plus grande que le reste de la membrane et on comprend qu'il puisse parfois résister au traumatisme sexuel. E. DEMANGE cite un cas d'hymen en pont transversal constaté par son père, Ch. DEMANGE, au moment de l'accouchement, la bride était résistante au point qu'elle s'opposait au passage du fœtus. NINA RODRIGUES a publié une observation d'hymen double avec défloration unilatérale: la bandelette antéro-postérieure avait résisté au coït, c'était une bride épaisse et charnue contrastant avec les parties latérales de l'hymen. Mais il est des cas où le pont présente une structure moins résistante et cède lors d'un rapport sexuel. Le Professeur P. PARISOT en a cité un exemple: « La bandelette antéro-postérieure est nettement divisée vers son milieu, les deux extrémités flottantes peuvent être exactement affrontées et, par leur parfaite continuité, montrent que ce sont bien les débris d'une même bandelette. Elles ont chacune la même surface de section, la déchirure est manifeste (2) ». Ce n'est pas là l'hymen en cœur double réalisé par atrophie congénitale d'un hymen en pont, ce dernier présentant des débris de bandelette atrophiés, distants l'un de l'autre. Ces caractères bien

(1) DALLA VOLTA. — *Les lois de variations de l'hymen*, 1923, page 7.

(2) PIERRE PARISOT. — *Études de Médecine légale*, 1904, page 51.

nets seront la base du diagnostic différentiel entre l'hymen en pont défloré et l'hymen en pont avec atrophie congénitale de la bandelette. Si cette atrophie congénitale porte sur une des deux bandelettes seulement, la forme dite en cœur de carte à jouer est réalisée : c'est l'hymen à appendice rudimentaire de NINA RODRIGUES.

Le Professeur BOGDAN, de Jassy, a observé un cas curieux de défloration d'hymen biperforé ; l'hymen se présentait sous forme de deux replis membraneux latéraux séparés par une scissure irrégulière oblique ; chacun de ces replis présentait un orifice, l'un situé en haut et à gauche, l'autre en bas et à droite ; il s'agissait là en somme d'un hymen biperforé qui, par l'action d'un traumatisme sexuel, s'était déchiré dans la portion membraneuse intermédiaire aux deux orifices.

2° Hymens dilatables. — Ce sont des membranes très lâches, très élastiques, très amples par rapport à l'orifice du vagin ; il y a, peut-on dire, excès d'étoffe se traduisant par le plissement de la membrane : c'est l'hymen plicaturé dont on a décrit les diverses variétés sous les noms d'hymens en bourse (provenant de la forme annulaire), d'hymens en prépuce, d'hymens en **cul de poule** (provenant de la forme labiée), d'hymen en **carène** (provenant de la forme semi-lunaire). Si la membrane est très ample, elle est par contre peu résistante, néanmoins, elle admet sans difficulté et souvent sans rupture le membre viril qui ne fait que la déplisser et pénétre sans douleur ni hémorragie. Le Professeur P. PARISOT en a rapproché les hymens annulaires en

bourrelet, en liseré, à très large orifice, également dilatables : eux aussi admettent facilement et sans rupture le membre viril en érection.

MACRIS, d'Athènes, a publié deux statistiques d'hymens dilatables ayant permis sans se déchirer des rapports sexuels. Dans la première, sur 55 cas, il relate 22 hymens dilatables, soit un pourcentage de 40 pour cent ; dans la seconde, pour 556 cas, il constate 188 hymens dilatables, soit 28 pour cent, répondant aux formes suivantes : 61 labiés, 58 annulaires, 20 plissés, 7 en bandelette et enfin 12 hymens d'un type anormal non décrits. Il faut en retenir la fréquence insoupçonnée de cette anomalie bien faite pour rendre l'expert prudent dans ses conclusions.

3° Hymens à lambeaux. — C'est là une classe importante que doit bien connaître l'expert, puisqu'elle l'expose à conclure à une défloration ancienne qui n'existe pas. Elle comprend les hymens à lambeaux multiples, congénitaux, dits lobés, multilobés, et, quand ces lambeaux s'imbriquent les uns sur les autres à la manière des pétales d'une fleur, corolliformes. Pour éviter toute confusion dans la terminologie des hymens, nous réserverons ce mot corolliforme à cette dernière variété seulement, contrairement à BROUARDEL qui désigne sous ce nom des hymens plicaturés.

Nous tenons à mentionner les anomalies de structure et particulièrement de vascularisation de certains hymens : les uns se déchirent sans donner lieu au moindre écoulement sanguin (hymens en pelure d'oignon), les autres donnent lieu, par leur rupture, à une abondante

hémorragie pouvant mettre la femme en danger. Signalons encore l'abondance des pertes sanguines dans la défloration de l'hymen en pont: la bandelette est souvent parcourue par d'importants vaisseaux et, dans un cas rapporté par DEMANGE, la bride serrée entre les doigts permettait de sentir des battements vasculaires assez intenses.

DORHN a signalé le premier, croyons-nous, des cas d'hymen double ou multiple, constitués par un ou plusieurs replis accessoires situés au-dessus ou au-dessous de l'hymen vrai. PERRANDO leur donne le nom de pseudo-hymens et en distingue deux catégories: les uns situés au-dessus de l'hymen seraient dus à la soudure complète ou non des petites lèvres; les autres, au-dessous de l'hymen, doivent être considérés comme un allongement membraneux des plis normaux de la muqueuse vaginale. Ces formations, intéressantes au point de vue morphologique, ne le sont guère au point de vue purement médico-légal.

OBSERVATIONS

Sur cinquante expertises faites par le Professeur P. PARISSOT, nous avons trouvé 5 hymens anormaux, soit le dixième.

M., 13 ans. — **Hymen corolliforme.** — Hymen charnu, épais, annulaire, qui présente à sa partie supérieure des lambeaux imbriqués, de nature congénitale, qui lui donnent un aspect corolliforme. A la partie inférieure de l'hy-

men, il existe 2 encoches, l'une à droite, l'autre à gauche, à bords nets, à contours anguleux, encoches profondes, surtout à gauche, et qui sont toutes deux de nature traumatique. L'hymen, dans son ensemble, se laisse dilater facilement. Il s'agit là d'une défloration ancienne sur un hymen corolliforme.

S..., 15 ans. — **Hymen multilobe avec prolongement péri-urétral.** — L'hymen n'existe pas seulement autour du vagin, mais aussi autour de l'urèthre ; ces deux parties hyménales sont séparées à droite et à gauche par deux scissures symétriques, et, sur l'hymen vaginal, il existe également deux scissures du même ordre qui déterminent la formation de 4 lobes. Il s'agit là d'un hymen multilobé avec prolongement au pourtour de l'urèthre. Cette disposition a pu permettre l'intromission de la verge en érection, car on introduit facilement deux doigts (10 cm) sur une profondeur de 4 cm sans déterminer ni douleur ni hémorragie. Viol possible.

N..., 13 ans. — **Hymen multilobe.** — L'hymen présente 4 scissures, deux supérieures et deux inférieures. Les lambeaux déterminés par ces scissures sont arrondis. Les scissures supérieures sont plus profondes que les inférieures, toutes sont nettement arrondies, sans traces de cicatrice. Il s'agit là, en un mot, d'un hymen multilobé, dilatable, permettant l'introduction d'un corps de 8 cm de circonférence sans douleur ni hémorragie. Viol possible.

R..., 5 ans. — **Hymen en pont oblique.** — Hymen avec pont oblique de haut en bas et de droite à gauche, limitant deux orifices : orifice inférieur de 1 cm de diamètre, et orifice supérieur très petit. Pas de défloration.

B..., 17 ans. — **Hymen en pont oblique.** — Hymen en pont oblique avec bandelette dirigée de gauche à droite et de haut en bas. L'orifice supérieur est plus petit que l'inférieur, les bords de ce dernier sont très finement dentelés. Pas de défloration.

CHAPITRE X

Persistance de l'hymen chez la femme enceinte ou violée

Nous avons placé ce chapitre immédiatement après celui consacré aux formes anormales de l'hymen. L'étude que nous venons d'en faire permet seule de comprendre ce fait paradoxal : l'existence d'une grossesse chez une femme vierge. On retrouve dans la littérature médicale de nombreux exemples d'hymens intacts constatés au moment de l'accouchement, et ces observations battent sérieusement en brèche l'opinion encore ancrée dans l'esprit de certains médecins, que l'intégrité de l'hymen est un signe certain de la virginité. Dans le cas qui nous occupe, l'hymen a subi sans se rompre des rapports sexuels uniques ou répétés, complets ou incomplets, ayant permis la fécondation de la femme ; ces faits s'expliquent par un caractère anormal de la membrane.

DESTARAC (1890) et KANONY (1899), dans leurs thèses, ont rassemblé diverses observations de médecins anciens ou contemporains ; nous n'en retiendrons que quelques-unes, caractéristiques :

SMELLIE (1754) cite le cas d'une « membrane forte et calleuse, percée de petites ouvertures suffisantes seulement pour laisser couler les évacuations menstruelles » (hymen criblé ou *cribriformis*). BARBAUT (1770) en rapporte un autre : « L'orifice du vagin était situé près du méat urinaire, se faisant apercevoir par un cercle rougeâtre, cet orifice ne pouvait admettre que l'entrée d'un gros tuyau de plume. » BOURGEOISE cite le cas d'un hymen intact, épais, avec un seul pertuis étroit au point qu'il ne put y introduire qu'une aiguille à tricoter très fine. CAPURON (1826), FOUCHER (1851), GODEFROY (1870), GUÉNIOT (1878) relatent des cas semblables. Ce que ces observations présentent de particulier, c'est que presque toujours il s'agit d'hymens infranchissables ne permettant pas l'intromission de la verge dans le vagin, seul le coït vestibulaire a été possible, suffisant néanmoins à féconder la femme. Si on ne relate qu'exceptionnellement des cas d'hymens dilatables intacts au moment de l'accouchement, c'est que, comme le fait remarquer le Professeur P. PARISOT, ces hymens ne sont visibles que sous forme de bourrelets très peu saillants passant facilement inaperçus et ne nécessitant pas, en tous cas, une intervention chirurgicale pour faciliter l'expulsion du fœtus. ROZE (1885) a pourtant cité le cas d'un hymen membraneux large de 1 cm. C'est probablement ainsi qu'il faut interpréter la diversité de fréquence avec laquelle on note cette persistance de l'hymen au moment de l'accouchement. Alors que BUDIN, dans l'espace de 3 mois, avait noté 13 fois la présence de l'hymen chez 75 primipares, M. le Professeur FRUHINSHOLZ, à la Maternité de Nancy, pour un total de 20.000 accouche-

ments, n'a relevé que 2 cas de persistance de l'hymen, dont l'un (hymen membraneux avec orifice punctiforme) a nécessité l'incision au moment de l'accouchement.

CASPER a vu l'hymen, épais et charnu, rester intact après le viol. DELENS cite, dans un cas de viol avéré, un hymen épais de 1 mm., percé d'un seul pertuis de 1 mm. TAYLOR relate des observations où des hymens semi-lunaires, à orifice ovalaire, étaient restés intacts malgré le viol. Il s'agit là, comme dans ces cas de persistance de l'hymen au moment de l'accouchement, d'hymens infranchissables par leur consistance particulière ou par l'étroitesse de l'orifice. Mais il est une autre classe, plus importante, de membranes persistant malgré le viol, celle des hymens dilatables que nous avons décrits avec les formes anormales.

Ces faits de persistance de l'hymen chez la femme enceinte ou violée montrent l'insuffisance manifeste de la formule trop longtemps admise : hymen intact est synonyme de virginité. Ils montrent « qu'il peut y avoir rapport sexuel consenti ou non, soit sans pénétration dans le vagin avec grossesse consécutive, soit avec intromission dans le vagin sans déchirure de l'hymen grâce à son extrême élasticité » (P. PARISOT) [1].

Quelles conclusions doit en tirer l'expert ? C'est qu'en agissant à la légère, en se basant sur un seul examen, il pourra déclarer vierge telle fille en puissance de grossesse. Une erreur aussi grossière ne lui serait pas pardonnée ; aussi, dans le cas de doute, devra-t-il réserver

(1) P. PARISOT et M. LUCIEN. — *Loc. cit.*, page 238.

ver ses conclusions et déclarer nécessaires des examens multiples à des dates éloignées : s'il voit par la suite se développer une grossesse, il se félicitera d'avoir su se montrer prudent et réservé.

CHAPITRE XI

Viol et Attentat à la pudeur

Au début de cette thèse, nous insistions sur la nécessité pour l'expert d'avoir des mots viol et attentat à la pudeur une définition précise. C'est que les peines prévues par le Code pénal (art. 331 et 332) ne sont pas les mêmes pour l'un ou l'autre de ces deux crimes. Aussi les différents auteurs ont-ils proposé des définitions diverses que nous voulons discuter et commenter, nous aidant pour cela des notions rappelées au cours de notre travail, cherchant à en faire en quelque sorte la synthèse.

Les anciens auteurs avaient une formule simple pour définir le crime ; ils disaient : « attentat à la pudeur en deçà de l'hymen, viol au delà » ; et pouvaient ainsi être qualifiés de viol, les cas d'intromission certaine de la verge, possible grâce à la déchirure de la membrane, et parfois sans déchirure, grâce à son ampleur ou à son extrême élasticité. C'était là une conception que vérifiait la majeure partie des cas, insuffisante pourtant puisqu'elle ne tenait pas compte des hymens infranchissables résistant au coït et permettant néanmoins la fécondation. Soit en effet le cas d'un individu qui veut posséder une femme sans son consentement, un hymen infranchissable résiste à la verge et seul le coït vestib-

laire a été possible : il n'y a pas eu intromission dans le vagin au delà de l'hymen, il n'y aurait donc pas viol, mais simple attentat à la pudeur. Or nous avons vu qu'il peut y avoir fécondation à la suite d'un coït vestibulaire incomplet, donc grossesse consécutive : le simple bon sens indique qu'il n'y a pas eu seulement attentat à la pudeur, mais bien viol, puisque le crime a eu une conséquence éminemment grave, la grossesse.

Ces cas, rares, il est vrai, n'ont pas été envisagés dans les définitions données par TARDIEU, BROUARDEL et THOINOT. TARDIEU dit : « L'intromission complète avec ou sans défloration caractérise le viol, et la non-intromission est propre au simple attentat (1). » BROUARDEL dit qu'il y a viol quand il y a eu possession de la femme vierge ou déflorée, sans son consentement : mais comment définit-il le mot possession ? « Rien de plus que l'intromission de la verge dans le vagin, peu importe le degré de pénétration. » Et, quand il veut définir l'attentat à la pudeur, il dit : « C'est le viol, moins la pénétration (2). » THOINOT estime que, pour qu'il y ait viol, il doit y avoir « intromission de la verge dans la cavité vaginale de la femme ; sans cette intromission, sans cette possession, il n'y a qu'attentat à la pudeur (3) ».

Ces définitions pèchent à la fois par excès et par défaut : par défaut pour les raisons que nous en donnions plus haut, par excès parce qu'elles ne font pas assez ressortir qu'il est des cas où l'hymen dilatable permet le

(1) TARDIEU. — *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. 1878, page 17.

(2) BROUARDEL. — *Les attentats aux mœurs*. 1909, page 73.

(3) THOINOT. — *Attentats aux mœurs*. 1898, page 32.

coût sans lésions hyménales, pouvant ainsi conduire l'expert qui trouve un hymen intact à conclure à la non-pénétration.

PÉNARD, LACASSAGNE et E. MARTIN ont voulu subordonner la dénomination du crime à l'intégrité de la membrane (attentat à la pudeur), à sa déchirure complète (viol), ou incomplète (tentative de viol, viol partiel de PÉNARD). A leurs définitions, nous adresserons le même reproche qu'à celles citées plus haut.

Nous préférons, avec M. le Professeur P. PARISOT, la définition donnée par TOURDES : « Pour caractériser le viol, il n'est pas nécessaire qu'il y ait introduction du pénis et éjaculation, la tentative suffit avec commencement d'exécution, contact du pénis avec tentative d'introduction dans les parties génitales (1). » Mais nous y joindrons les sages restrictions de notre Maître : « Pour l'expert, il sera toujours difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier une tentative d'introduction, lorsqu'il n'y aura pas eu de lésions matérielles de la région vestibulaire ; mais le fait même de la grossesse suffit à établir la réalité du viol, et du coût vestibulaire », et il conclut : « Pour nous, il y aura viol lorsqu'on pourra prouver que, malgré la persistance d'un hymen infranchissable, il y a eu coût vestibulaire ou grossesse consécutive aux tentatives certaines d'introduction (2). » C'est en somme ce qu'admet la Législation fédérale des Etats-Unis de 1901 : toute pénétration sexuelle, même minime, est suffisante pour consommer le crime de viol..

(1) TOURDES et METZQUER. — *Traité de médecine légale*. Paris 1896, page 203.

(2) PIERRE PARISOT et LUCIEN, — *Loc. cit.*, page 240.

Certains auteurs, médecins ou juristes, font aller de pair les mots viol et violence : le viol serait la possession d'une femme avec violence. C'est évidemment ce qui a lieu dans la grande majorité des cas, mais cette formule ne peut être conservée de façon absolue, nous voulons le montrer par deux exemples :

Soit le cas d'une jeune fillette qui, ne se rendant pas compte de l'acte qu'on va commettre, n'oppose aucune résistance à l'individu qui la viole ; il n'y a pas eu violence et pourtant le crime a été consommé. C'est le cas de surprise par ignorance de la victime.

Un individu trouve une femme sans connaissance (au cours d'une crise épileptique, par exemple), profite de son état pour avoir avec elle un rapprochement sexuel, il n'y a pas eu violence, il n'y aurait pas viol ! C'est inadmissible.

Certains auteurs ou juristes, tout en admettant cette formule, se sont rendu compte qu'elle était insuffisante, ils ont voulu la compléter en disant que par violence, il convient d'entendre, non seulement l'abus de la force physique, mais encore l'emploi des moyens qui auraient privé momentanément la victime de ses facultés et l'auraient mise dans l'impossibilité de résister.

La jurisprudence française, profitant du silence de la loi sur les moyens par l'emploi desquels le criminel se rend coupable de viol, paraît arrêtée à cette interprétation que « tout commerce illicite avec une femme, obtenu contre la volonté ou même sans le consentement de celle-ci, constitue un viol » (GARRAUD) [1].

(1) GARRAUD. — *Droit pénal français*.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° L'étude de l'hymen au point de vue embryologique nous révèle le caractère congénital de certaines particularités anatomiques et permet au médecin expert de les différencier des lésions d'ordre traumatique.

2° L'examen de l'hymen joue un rôle primordial dans les expertises pour attentats aux mœurs. Il permet presque toujours à l'expert de renseigner la Justice, d'admettre ou de rejeter les bases de l'accusation.

3° La connaissance des formes anormales est essentielle : elle nous a donné l'explication de faits paradoxaux tels que la présence d'une grossesse chez une femme dont la virginité est intacte au point de vue purement anatomique ; elle nous permet de combattre l'absolutisme de la formule longtemps admise : hymen intact est synonyme de virginité.

4° Les variations structurales de l'hymen expliquent la manière anormale avec laquelle réagissent au traumatisme certaines membranes hyménales suivant la prédominance de l'un ou l'autre de leurs éléments histologiques constitutifs.

5° L'expert saura se montrer prudent et réservé si l'aspect de la membrane n'impose pas le diagnostic. En

présence d'un hymen intact, il ne se hâtera pas de conclure à la fausseté de l'accusation, il devra convaincre la Justice de la nécessité d'examens répétés qui le mettront à l'abri d'une erreur grossière.

Vu :

Nancy, le 26 Juin 1924.
Le Président de la Thèse,
PIERRE PARISOT.

Vu :

Nancy, le 27 Juin 1924.
Le Doyen,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 1^{er} Juillet 1924.
Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
MEMBRE DE L'INSTITUT.

BIBLIOGRAPHIE

- AFRANIO PEIXOTO. — *Medicina Legal*. Rio-de-Janeiro. 1923.
- BALTHAZARD. — *Médecine Légale*, 3^e édition.
- BARBANT. — *Cours d'accouchement*. 1770.
- BOGDAN. — *Congrès de Médecine légale de 1924*.
- BOURGEOISE. — *Journal universel des Sciences médicales*. Tome 33.
- BROUARDEL. — *Les attentats aux mœurs*. 1909.
- BROUARDEL. — *Le mariage*. 1900.
- BUDIN. — Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. — *Progrès médical*, 1879. — *Obstétrique et Gynécologie*. 1886.
- BUFFON. — *Traité de l'homme*. 1749.
- A. DE BUSCHÈRE. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1910.
- CAPURON. — *La Médecine légale relative à l'art des accouchements*. 1826.
- CASPER. — *Traité de Médecine légale*. Paris, 1862.
- DALLA VOLTA. — *Le leggi di variazione dell'imene*. Firenze, 1923.
- DALLA VOLTA. — *La struttura istologica dell'imene in rapporto alla sua evoluzione morfologica*. Padoue, 1923.
- DELENS. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1877.
- E. DEMANGE. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1887.
- DESTARAC. — *De la persistance de l'hymen dans la grossesse*. Thèse, Paris, 1890.
- DIONIS. — *Anatomie de l'homme*. Paris.
- FLORÈS. — Thèse, 1885.
- FOUCHÉ. — *Gazette des Hôpitaux*. 1851.
- GARIMOND. — De l'hymen et de son importance en médecine légale. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1874.
- GARRAUD. — *Droit pénal français*.
- GODEFROY. — *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. 1878.
- R. GURRIERI. — Article « imene » in *Encyclopedia in medica italiana*.

- HOFFMANN. — *Nouveau éléments de Médecine légale*. 1881.
- HUSCHKE. — *Encyclopédie anatomique*. Tome 5.
- JAYLE. — *Gynécologie*. 1918.
- KANONY. — *Fréquence des cas de persistance de l'hymen*. Thèse. Montpellier. 1899.
- LACASSAGNE et E. MARTIN. — *Précis de Médecine légale*. 1921.
- LEGLUDIG. — Notes et observations de Médecine légale. — *Attentats aux mœurs*. Paris. 1896.
- MAGRIS. — Sur la fréquence des hymens dilatables. — *Archives d'anthropologie criminelle*. Paris-Lyon, 1914.
- MASCHKA. — *Trattato di Medicina legale*. Napoli, 1891.
- MORACHE. — *Le mariage*. Paris, 1902.
- NEUGEBAUER. — Lésions matérielles « sub coitu » des organes sexuels de la femme. — *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*. Tome 9.
- NINA RODRIGUES. — Des formes de l'hymen. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1903.
- NINA RODRIGUES. — Des ruptures de l'hymen dans les chutes. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1903.
- AMBROISE PARÉ. — *Œuvres complètes*. Édition Malgaigne. Paris, 1840.
- PIETRE PARISOT. — *Études de Médecine légale*. 1904.
- PIETRE PARISOT et M. LUCIEN. — Les formes rares et anormales de l'hymen. — *Annales de Médecine légale*. Mai 1924.
- PÉNARD. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1860.
- POZZI. — De la bride masculine et de l'origine de l'hymen. — *Bulletin de la Société Biologique*. 1884.
- RICHET. — *Traité pratique d'anatomie chirurgicale*. 1860.
- ROZE. — *De l'hymen*. Thèse. Strasbourg, 1865.
- SMELLIE. — 1754. Tome 2.
- TARDIEU. — *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. 1878.
- TAYLOR. — *Traité de Médecine légale*. Traduction H. COUTAGNE, 1881.
- THOINOT. — *Attentats aux mœurs*. 1898.
- TLATLI. — *Valeur des signes anatomiques de la virginité*. Thèse. Toulouse. 1920.
- TOULMOUCHE. — Des attentats à la pudeur et du viol. — *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*. 1856.
- TOURDES. — Article « viol » du *Dictionnaire Encyclopédique*.
- TOURDES et METZQUER. — *Traité de Médecine légale*. Paris, 1896.
- VIBERT. — *Précis de Médecine légale*. 1903.
- ZUINO. — *Compendio di Medicina legale e Jurisprudenzia medica*. Milano, 1890.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Importance de l'étude de l'hymen en Médecine légale.	9
CHAPITRE II. — Notions embryologiques.	13
CHAPITRE III. — L'hymen considéré à un point de vue purement anatomique	19
CHAPITRE IV. — La membrane hymen existe-t-elle d'une manière constante ?	23
CHAPITRE V. — Mode d'examen de l'hymen	27
CHAPITRE VI. — Formes normales de l'hymen. — Classi- fication	35
Tableau	39
Observations.	43
CHAPITRE VII. — La défloration	49
1° Comment se rompt l'hymen lors de la défloration ?	51
2° L'hémorragie après la défloration	53
3° La douleur	54
4° L'hymen après la défloration	54
5° Déchirures hyménales produites par une cause autre que le rapport sexuel.	57

	Pages
CHAPITRE VIII. — Diagnostic des lambeaux traumatiques et des lambeaux congénitaux.	59
CHAPITRE IX. — Formes anormales de l'hymen	63
1° Hymens infranchissables	64
2° Hymens dilatables	66
3° Hymens à lambeaux	67
4° Observations	68
CHAPITRE X. — Persistance de l'hymen chez la femme enceinte ou violée	71
CHAPITRE XI. — Viol et attentat à la pudeur.	75
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	79
BIBLIOGRAPHIE	81

